

(様式1)

入 会 申 込 書

西暦 年 月 日

一般社団法人 山形県介護支援専門員協会会長 殿

一般社団法人 日本介護支援専門員協会 御中

私は貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

会員種別	正会員	性別	男・女	会員番号	※事務局記入			
フリガナ				生年月日	西暦 年 月 日			
氏 名								
介護支援専門員登録番号								
住所(自宅)	〒							
電話(自宅) 市外局番から	()			FAX(自宅)	()			
E-Mail(自宅)	@				日本協会のメールマガジン (配信先は1つ)			
E-Mail(携帯)	@				自宅・携帯・勤務先・希望しない			
日中の連絡先(TEL)	— —			自宅・勤務先・携帯電話				
所属機関	名称							
	種別	居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院 地域包括支援センター・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護・ 特定施設入居者生活介護・看護小規模多機能型居宅介護・ 地域密着型介護老人福祉施設・地域密着型特定施設入居者生活介護 その他()						
所在地	〒							
電 話 市外局番から	()			F A X	()			
E-Mail(勤務先)								
介護支援専門員資格取得年月日				主任介護支援専門員				
取得日 西暦 年 月 日				有 ・ 無				
有効期間満了日		西暦 年 月 日			西暦 年 月 日			
介護支援専門員としての勤務状況		☐ 現任 ☐ 非現任 ☐ 一度も勤務していない						
介護支援専門員 実務研修受講試験時の基礎資格		医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士 言語聴覚士・社会福祉士・介護福祉士・視能訓練士・義肢装具士・歯科衛生士 あん摩マッサージ指圧師・はり師・灸師・柔道整復師・管理栄養士・栄養士 精神保健福祉士・その他()						
地区支部(自宅か勤務先かで選んでください)			山形・庄内・置賜・最上・村山					
郵送物送付先		自宅・勤務先・その他()						

FAXまたは郵送にて下記へ送付ください。

〒990-0037 山形県山形市八日町二丁目1番26号
一般社団法人山形県介護支援専門員協会 事務局

FAX. 023-664-2130

TEL. 023-664-2120

次年度以降、自動引落をおすすめ
します。後日「預金口座振替依頼
書・自動払込利用申込書」の用紙
をお送り致します。