

# 入会申込書

記入日 西暦 年 月 日

一般社団法人 三重県介護支援専門員協会 行

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

フリガナ				介護支援専門員登録番号 (8桁)			
氏名							
性別	男	女	生年月日	西暦	年	月	日
自宅住所	〒 ー			※建物名号室等までご記入下さい			
電話	自宅 携帯		FAX (自宅)				
メールアドレス	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> してください @						
日本協会発行 メールマガジン	配信先を1つ選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください ※メールマガジンは日本協会ホームページ上でもご確認いただけます <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 希望しない						
希望地域支部 <input checked="" type="checkbox"/> して下さい	<input type="checkbox"/> 桑員 <input type="checkbox"/> 三泗 <input type="checkbox"/> 鈴亀 <input type="checkbox"/> 津 <input type="checkbox"/> 松阪 <input type="checkbox"/> 南勢志摩 <input type="checkbox"/> 伊賀 <input type="checkbox"/> 紀北 <input type="checkbox"/> 紀南 ※未記入の場合、所属機関住所となります						
介護支援専門員としての勤務状況	<input type="checkbox"/> 現任 <input type="checkbox"/> 非現任(経験有) <input type="checkbox"/> 一度も勤務していない						
所属機関	名称						
	種別 <input checked="" type="checkbox"/> を	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	住所	〒					
	電話			FAX			
介護支援専門員資格	資格取得日 西暦 年 月 日 有効期間満了日 西暦 年 月 日						
主任介護支援専門員資格	無 有 (有効期間満了日 西暦 年 月 日)						
ケアマネ取得時の 資格 <input checked="" type="checkbox"/> を	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
備考 (通信欄)						新規	再入会 ( ) 県經由

※入会日にご希望がある場合は、備考欄にご記入下さい。(例 4/1～入会希望 等)

※申込書のご提出で日本介護支援専門員協会 及び 地域支部にも同時にご入会となります。

※お預かりした個人情報(事務連絡、各種ご案内、アンケートのお願い等)に使用させていただきます。

※4/1～3/31を1年度とし、お申し出のない限り次年度自動継続となります。

退会ご希望の場合は、3/31までに退会届をご提出ください。