**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  | 〒 ― ※ 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  | □自宅 □携帯 □勤務先 ☑ してください **＠**  |
| 日本協会発信 メールマガジン  | 配信先を１つ選択 ☑ 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 □ 自宅 □ 携帯 □ 勤務先 □ 希望しない  |
| 希望地域支部 ☑ して下さい  | □桑員 □三泗 □鈴亀 □津 □松阪 □南勢志摩 □伊賀 □紀北 □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  | □現任 □非現任（経験有） □一度も勤務していない  |
| 所属機関   | 名称  |   |
| 種別 ☑ を  | □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 □介護療養型医療施設 □地域包括支援センター □小規模多機能居宅介護 □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 □介護医療院 □地域密着型介護老人福祉施設 □介護密着型特定施設入居者生活介護 □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 ☑ を  | □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 □歯科衛生士 □柔道整復師 □管理栄養士 □栄養士 □精神保健福祉士 □その他（ ）  |
| 備考 （通信欄）  |    | 新 規 再 入 会 （ ） 県 経 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は事務連絡、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。

2020.1