

(様式1)

入会申込書(ホームページ経由)

平成 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)

私は一般社団法人山形県介護支援専門員協会に入会したく申し込みます

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	昭和・平成 年 月 日			
氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日			
介護支援専門員資格取得年月日	取得年月日 年 月 日						
介護支援専門員登録番号							
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 <input type="checkbox"/> 一度も勤務していない						
住所(自宅)	〒 -						
電話(自宅) 市外局番から	()		FAX(自宅)	()			
所属機関 ※現任者のみ	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・介護療養型医療施設・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・その他()					
所在地	〒 -						
電話 市外局番から	()		FAX	()			
E-Mailアドレス ※アルファベット・数字・記号の区別に注意	<input type="checkbox"/> メールマガジンの配信希望(日本介護支援専門員協会)						
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・社会福祉士・介護福祉士・あん摩マッサージ指圧師、はり師、灸師 歯科衛生士・柔道整復師・管理栄養士・栄養士・訪問介護員 その他()						
<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員研修受講済	受講年度		平成 年度				
備考							

28年度以降、自動引落金融機関

- 1 郵便局(ゆうちょ銀行)
- 2 山形銀行
- 3 1及び2以外の金融機関

いずれかに○をつけて下さい。

FAXまたは郵送にて下記へ送付ください。

〒990-0021 山形市小白川町2-3-31
一般社団法人山形県介護支援専門員協会 事務局

FAX. 023-615-6521

TEL. 023-615-6530

※事務局使用欄

県支部DB	日本協会DB	入金確認
/	/	/