

2019年度紹介入会キャンペーン用 入会申込書(正会員用)

紹介

私は、貴会の趣旨・目的に賛同して、入会の申込をいたします。

※太枠以外の欄については漏れなくご記入くださいますようお願い申し上げます。

記入日:平成 年 月 日

ふりがな	※押印してください		性別	生年月日(西暦)	
氏名	印		男・女	19	年 月 日
連絡先	(資料の送付先) 自宅・勤務先				
	(日中の連絡先) 勤務先・携帯(- -)・その他()				
自宅住所	〒 ※建物名までご記入ください。				
自宅TEL番号	() -	自宅FAX番号	() -		
自宅E-mail				メールマガジン 配信の希望	有・無
勤務先名称					
勤務先住所	〒 兵庫県 ※建物名までご記入ください。				
勤務先TEL番号	() -	勤務先FAX番号	() -		
勤務先E-mail				メールマガジン 配信の希望	有・無
勤務先の種別	居宅介護支援事業・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・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・医療機関・行政 その他()				
勤務状況	①現任 ②非現任(現在の業務) ※現任とは介護支援専門員として実務に従事されている方です。				
介護支援専門員実務研修受講試験の受験資格	①医師 ②歯科医師 ③薬剤師 ④保健師 ⑤看護師 ⑥准看護師 ⑦理学療法士 ⑧作業療法士 ⑨社会福祉士 ⑩介護福祉士 ⑪歯科衛生士 ⑫あん摩マッサージ指圧師 ⑬はり師・きゅう師 ⑭柔道整復師 ⑮管理栄養士 ⑯栄養士 ⑰訪問介護員 ⑱その他()				
介護支援専門員登録番号(8桁)				登録都道府県名	
取得年月日	平成	年	月	日	
地域支部名				例外規定 有無	有・無
主任介護支援専門員資格の有無	有(取得年度 年度)・無				
添付書類 <※下記のいずれかのコピーを添付して下さい>					
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録証明書 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録通知書					

ご紹介者情報(紹介者は当協会の正会員に限ります)

ふりがな			紹介者の 会員番号(8桁)		
紹介者氏名			紹介者の 所属地域支部名		
QUOカード送付先	〒 ※建物名までご記入ください。				
事務局 処理欄	名簿入力確認	振替入力確認	入金確認	会員番号	備考

※ ご記入頂きました個人情報は当会・各地域支部及び日本協会の活動に使用させていただきますのでご了承ください。

※ 記入漏れや誤りがあると、入会手続きの完了が遅れる場合がございます。

※ 会員登録は、入会金・年会費の口座振替をもって完了とさせていただきます。