

入会金・年会費 引落証明発行申請書

	申請書記入日	令和	年	月	日
ふりがな					
氏名					
介護支援専門員協会 会員番号					
証明年度	令和 年度				
証明書の宛名 いずれかを選択してください	① 氏名のみ記載 ・ ② 氏名と事業所名を併記して記載				
事業名併記の場合 事業所名					
証明書の送付先 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> お勤め先	〒 ※お勤め先を希望される場合は、お勤め先名称もご記入ください。				
送付先が勤務先 の場合は事業所名					
日中の連絡先	() — (勤務先 ・ 携帯 ・ その他)				

- ・ 太枠内に必要事項をご記入の上、FAX 又は郵送にてお送りください。
- ・ 当協会にて、入会金・年会費の振替確認後、ご指定の送付先に郵送いたします。
- ・ 引落証明書のお名前については「氏名のみ」又は「氏名と事業所名を併記」のいずれかを選択ください。
- ・ 事業所のみ表記はできません。選択がない場合、氏名のみ掲載いたします。

【お問い合わせ・お申し込み先】

一般社団法人 兵庫県介護支援専門員協会 事務局

〒651-0062 神戸市中央区坂口通 2 丁目 1 番 1 号 兵庫県福祉センター5 階

TEL 078-221-4102 (受付時間：平日 9:00~17:00) FAX 078-221-4122