入 会 申 込 書

西暦　　年　　月　　日

一般社団法人
宮崎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 ・ 準会員 ・ 賛助会員 （いずれかを選び、○をつけて下さい。）	性別	男 ・ 女
フリガナ		生年月日	西暦　　年　　月　　日
氏 名			
介護支援専門員資格の有無	有 （取得年月日 西暦　　年　月　日） ・ 無		
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	現任 ・ 非現任 ・ 一度も勤務していない		
住所(自宅)	〒　　ー		
電話(自宅)		FAX(自宅)	
携帯電話			
E-Mail(自宅)			
勤務先 ＊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(　　)		
住所(勤務先)	〒　　ー		
電話(勤務先)		FAX(勤務先)	
E-Mail(勤務先)			
メール送信先	自宅 ・ 勤務先 ・ メール受信拒否(メールアドレス登録不要)		
ケアマネ取得時の資格	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 歯科衛生士 ・ あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師、はり師、灸師 ・ 柔道整復師 管理栄養士 ・ 栄養士 ・ 訪問介護員 ・その他(　　)		
備考			

※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。