

入会申込書

一般社団法人
宮崎県介護支援専門員協会 行

令和 年 月 日

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		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 ・ 無			
	取得年月日	平成 ・ 令和 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 不明)			
	登録番号				
	有効期間満了日	平成 ・ 令和 年 月 日			
	勤務状況	現任 ・ 非現任 ・ 一度も勤務していない			
主任介護支援専門員	資格の有無	有 ・ 無			
	有効期間満了日	平成 ・ 令和 年 月 日			
自宅	住所	〒 -			
	電話		FAX		
携帯電話					
勤務先 * 現任者のみ	名称				
	住所	〒 -			
	電話		FAX		
メール	アドレス	@ ※PCアドレス推奨			
	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 ・ あん摩マッサージ指圧師、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。