

入 会 申 込 書

申込年月日；平成 年 月 日

特定非営利活動法人 鹿児島県介護支援専門員協議会 行

(支部経由) * 所属支部名をご記入ください。

私は貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

| | | | | | |
|-----------------|--|----|----------------------|----------|----------|
| 会員種別 | <input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員 | 性別 | | 生年月日 | 昭和 年 月 日 |
| ふりがな | | | ケアマネ 取得時の 保有資格 | | |
| 氏 名 | | | | | |
| 介護支援専門員 登録番号 | | | 登録証 年月日 | 平成 年 月 日 | |

*介護支援専門員の有資格者は登録番号と登録証年月日をご記入ください。

【自宅データ】

| | | | |
|------|-----|--------|--|
| 住 所 | 〒 ー | | |
| 電話番号 | | FAX 番号 | |

*電話番号・FAX番号は市外局番からご記入下さい。

【所属データ】(所属のある方のみ記入)

| | | | |
|------|--|--------|--|
| 所属名称 | | | |
| 所属種別 | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 住 所 | 〒 ー | | |
| 電話番号 | | FAX 番号 | |

*電話番号・FAX番号は市外局番からご記入下さい。

【備考欄】

| |
|--|
| |
|--|

- * 本会の情報提供方法は、経費節約を目的として所属支部経由で連絡、若しくは各所属に郵送を基本としています。但し、所属先に変更があり変更届の提出がない場合は、自動的に自宅へ送付先を切り替える場合もありますので、両データの記入をご協力お願いします。(所属のない場合は自宅送付になります。)
- * 本記入内容に変更が発生した際は、別紙変更届の提出が必須となりますので、ご注意ください。
- * 個人情報は、本会会員の管理・関係書類の情報提供を目的として利用させていただきます。「個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(厚生労働省発行)に基づいて取り扱います。