

# 入会申込書

西暦 年 月 日

( 県北・中央・県南 )  
 地区介護支援専門員協会 行  
 秋田県介護支援専門員協会 行  
 日本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・賛助会員 (どちらかを選び、○をつけて下さい。)	性別	男・女	会員番号	
				パスワード	
フリガナ		生年月日		西暦 年 月 日	
氏名				年 月 日	
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)	〒 - -				
電話 (自宅)	- -	F A X (自宅)	- -		
E-Mail (自宅)					
メールマガジン	希望する ・ 希望しない				
所属機関	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 ( )			
所在地	〒 - -				
電 話	- -	F A X	- -		
E-Mail (所属先)					
情報提供方法	E-Mail (自宅・所属先) ・ ホームページ				
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 ・ 精神保健福祉士 介護福祉士 ・ 歯科衛生士 ・ 柔道整復師 ・ 管理栄養士 栄養士 ・ あん摩マッサージ指圧師、はり、鍼灸師 ・ 訪問介護員 その他 ( )				
支部情報	都道府県協会入会	有 ・ 無			
	都道府県会員番号				
備 考					

※ 必須項目