

# 入会申込書

平成 年 月 日

日本介護支援専門員協会 行

( 都・道・府・県 支部経由)

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	*事務局記入欄
フリガナ				生年月日	昭和	年 月 日
氏名						
介護支援専門員資格の有無		有 (取得年月日 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)				FAX(自宅)		
E-Mail						
所属機関 *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 その他( )				
所在地	〒 -					
電話				FAX		
情報提供方法	E-Mail(自宅・所属)・ホームページ・JCMALレポート					
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( )					
支部情報	都道府県協会入会	有 無				
	都道府県会員番号▲					
備考						