

正会員入会申込書

特定非営利活動法人

東京都介護支援専門員研究協議会 理事長 殿

私は、特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会に入会いたたく、下記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

| | | | | | | |
|-----------------|--|----------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| フリガナ | | | 生年月日 | 西暦 | | |
| 氏名 | | | | 年 | 月 | 日 |
| 自宅 | 〒 | | | | | |
| | TEL | - | - | 携帯 | - | - |
| | E-mail | | | @ | | |
| 勤務先 | (勤務先名) | | | | | |
| | 〒 | | | | | |
| | TEL | - | - | FAX | - | - |
| | E-mail | | | @ | | |
| 郵送物の希望送付先 | | | 自宅 ・ 勤務先 | | | |
| 資格等 | 介護支援専門員証番号 | (有・無) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 専門員証交付年月日(更新日) | 西暦 年 月 日 | | | | |
| | 登録都道府県 | | 主任資格 | 有 ・ 無 | | |
| 基礎資格 | <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| メールマガジン | <input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先) <input type="checkbox"/> 希望しない | | | | | |
| 入会のきっかけ | <input type="checkbox"/> 研修会()で知った <input type="checkbox"/> 知人()の紹介で <input type="checkbox"/> 勤務先 ホームページを見て <input type="checkbox"/> 日本介護支援専門員協会への入会のため <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 日本協会会員番号(既入会の方) | — | | | | | |

東京都介護支援専門員研究協議会

FAX 03-3556-1543

【申込後の変更について】

上記の記載内容に変更発生時は、当協議会のホームページより変更届をダウンロードしてご記入いただき

F A Xまたはご郵送ください。

※ 事務局記入欄(この欄には記入しないでください)

| | |
|---------|--|
| 入会承認年月日 | |
| 会員番号 | |

| |
|-------------------------|
| 〒102-0072 |
| 東京都千代田区飯田橋2-9-3かすがビル10階 |
| TEL 03-3556-1541 |
| E-mail : info@cmat.jp |
| http : //cmat.jp/ |