第1号様式

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したく、 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 年　月　日
氏名			
自宅	〒 TEL　－　－　携帯　－　－　FAX　－　－		
	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　)	
	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	□ 医師・歯科医師　□ 薬剤師　□ 保健師　□ 助産師　□ 看護師・准看護師 □ 社会福祉士　□ 介護福祉士　□ その他 (　)		
メールマガジン	□ 希望する (　□自宅　□ 勤務先　)　□ 希望しない		
入会のきっかけ	□ 研修会(　)で知った　□ 知人(　)の紹介で □ 勤務先　ホームページを見て　□ 日本介護支援専門員協会への入会のため □ 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

ＦＡＸまたはご郵送ください。

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

※　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	