

正 会 員 入 会 申 込 書

一般社団法人千葉県介護支援専門員協議会 会長 殿

一般社団法人日本介護支援専門員協会 会長 殿

一般社団法人千葉県介護支援専門員協議会および一般社団法人日本介護支援専門員協会に入会を申し込みます。

千葉県介護支援専門員協議会 会員種別		正会員		申込日	令和 7 年 月 日	
フリガナ				性別	生年月日	
氏 名				男・女	昭和 平成	年 月 日
自宅	住所	〒 - ※建物名・部屋番号もご記入ください。				
TEL(自宅または携帯)		- -		FAX	- -	
勤務先	名称					
	種別	1. 居宅介護支援事業所 2. 介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 介護療養型医療施設 5. 地域包括支援センター 6. 小規模多機能型居宅介護 7. 認知症対応型共同生活介護 8. 特定施設入居者生活介護 9. その他()				
	住所	〒 - ※建物名・部屋番号もご記入ください。				
	TEL	- -		FAX	- -	
郵送物送付先		自宅 ・ 勤務先				
E-mail		上記のメールアドレス → 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先				
日本介護支援専門員協会 メールマガジンの配信		希望する ・ 希望しない				
介護支援専門員 登録番号(8桁)						介護支援専門員の資格を取得して いない場合は☑を記入する → ☐
介護支援専門員 としての勤務状況		現任 ・ 非現任(経験あり) ・ 経験なし				
介護支援専門員 取得時の資格						
主任介護支援専門員 の資格		有 ・ 無				
会費振込日		年 月 日				
備 考						

※ご記入いただいた個人情報は、事務連絡、各種案内、調査協力をお願い等に使用させていただきます。

事務局記入欄 2025.3

受付日	入金日	会員番号
年 月 日	年 月 日	