

入 会 申 込 書

一般社団法人 日本介護支援専門員協会・一般社団法人 和歌山県介護支援専門員協会兼用

年 月 日

日本介護支援専門員協会 行
(和歌山県支部経由)

FAX 073-421-3067
(郵送でも受付いたします)

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 一般社団法人 和歌山県介護支援専門員協会は全て正会員となります。 | 性別 | 男・女 | 会員番号 | * 事務局記入欄 | | | | | |
| | | | | 管理番号 | 新・再 | * 事務局記入欄 | | | | |
| フリガナ | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| 氏 名 | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員資格取得年月日 | 年 月 日 | | | 介護支援専門員登録番号 | | | | | | |
| 一般社団法人 和歌山県介護支援専門員協会 県内支部の選択 | <input type="checkbox"/> 和歌山市 <input type="checkbox"/> 那賀 <input type="checkbox"/> 伊都橋本 <input type="checkbox"/> 海南海草 <input type="checkbox"/> 有田 <input type="checkbox"/> 日高御坊 <input type="checkbox"/> 西牟婁田辺 <input type="checkbox"/> 紀南(東牟婁新宮) (必ず一つチェックを入れてください) | | | | | | | | | |
| 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) | | | 携帯(個人) | | | FAX(自宅) | | | | |
| 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 介護療養型医療施設 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 その他() | | | | | | | | |
| 所在地(所属) | 〒 - | | | | | | | | | |
| 電話(所属) | | | 携帯(所属) | | | FAX(所属) | | | | |
| 所属E-Mail | | | | | | | | | | |
| メール マガジン | 和歌山県協会・日本協会の メールマガジン配信 | | | <input type="checkbox"/> 希望しない場合のみ | | 配信先 | (自宅・所属) | | | |
| ※ 配信先に 所属 を選択する場合は、事業所の個人アドレスをお願いします。 ※ スマートフォンでも受信可能ですが、着信拒否設定等により受信できない場合があります。ご自身で設定を変更してください。 | | | | | | | | | | |
| 資格取得時の資格 (複数回答可) | 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() | | | | | | | | | |
| 備 考 | <input type="checkbox"/> 2027年度(次年度)から口座引落で支払希望(ご自身の口座、もしくは法人口座) ※必要書類を郵送いたします ※2026年度(今期分)は、郵便振込のみの支払い方法となります | | | | | | | | | |

※ お預かりした個人情報、事務連絡、各種ご案内、アンケートのお願い等に使用させていただき、適切に管理いたします。

QRコードからもお申し込みいただけます。

入会申込みフォーム⇒

