一般社団法人徳島県介護支援専門員協会および日本介護支援専門員協会　入会申込書

日本介護支援専門員協会と同時入会になりますので、入会申込の際にお知らせいただいた氏名・ご自宅住所等の個人情報は日本介護支援専門員協会と共有させていただきますので、ご了承ください。

下記の事項をご記入ください。 ※は必須項目です。 □の項目は該当する方に☑を入れてください。

お名前 ※	
お名前フリガナ ※	
生年月日 ※	西暦　　年　　月　　日
自宅住所 ※	〒
E-mail ※	メールマガジン: □希望する　□希望しない
自宅TEL ※	
所属機関 *現任者のみ	名称 種別:該当するものを〇で囲ってください。 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・ 地域包括支援センター・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護 特定施設入居者生活介護・その他(　　)
所属機関住所	〒
所属機関TEL	
所属機関FAX	
郵便物送付先 ※	□ 自宅　□所属機関
連絡先 ※	□ 自宅　□所属機関
介護支援専門員資格	取得日　:西暦　　年　　月　　日 有効期間満了日:西暦　　年　　月　　日
介護支援専門員 登録番号(8桁) ※	都道府県より交付された「介護支援専門員証」「介護支援専門員登録証明書」等に記載されている8桁の番号
主任介護支援専門員 資格の有無	□ 有　□ 無 有効期間満了日:西暦　　年　　月　　日
介護支援専門員としての勤務状況 ※	□ 現任　□ 非現任(経験あり)　□ 経験無し
介護支援専門員取得時の資格 ※	該当するものを〇で囲ってください。 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 ・ あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師、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	

個人情報利用について

お預かりした個人情報は日本介護支援専門員協会と共有し、事務連絡、広報物送付、調査協力のお願いに使用させていただきます。上記以外の目的に使用したり，第三者に提供することはございません。