

(様式第1号)

特定非営利活動法人埼玉県介護支援専門員協会入会申込書 (個人正会員用)

特定非営利活動法人埼玉県介護支援専門員協会 理事長 殿

私は、特定非営利活動法人埼玉県介護支援専門員協会への入会を申し込みます。

入会申込年月日 : 平成 年 月 日

フリガナ		男	生年月日
氏名		・	西暦 年 月 日
		女	(歳)
住所 (自宅)	〒 —		
T E L (自宅)		F A X (自宅)	
E-mail	@		
所属機関名			
所在地 (所属)	〒 —		
T E L (所属)		F A X (所属)	
介護支援専門員資格の有無	無・有 (交付年月日 平成 年 月 日) 登録No. _____) *埼玉県以外で登録の場合 (_____) 都道府県		
資格関連	(該当する資格に○印をつけて下さい。複数可) 医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 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 視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 言語聴覚士 あん摩マッサージ指圧師 はり師 きゅう師 柔道整復師 栄養士 (管理栄養士を含む) 精神保健福祉士 訪問介護員 その他 (_____)		
会費納入	入会申込受付後、事務局から送付いたします振込用紙をご利用の上ご入金下さい。 入金確認後、入会登録手続きをいたします。 正会員 年会費 5,000 円		

* 広報誌等の資料は、原則としてご自宅に郵送させていただきます。ご自宅以外をご希望の方は、下記へご記入下さい。

勤務先・その他 (_____)

特定非営利活動法人 埼玉県介護支援専門員協会 FAX 048-835-4344

〒330-0062 さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3F

事務局記入欄	資料送付日	入金 (入会登録) 日	入力日
--------	-------	-------------	-----

* 本情報は個人情報保護法に基づいて目的以外に使用する事はいたしません。