一般社団法人　埼玉県介護支援専門員協会入会申込書（個人正会員用）

一般社団法人　埼玉県介護支援専門員協会　代表理事　殿

私は、一般社団法人　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　：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　　　 | 男・女 | 生年月日西暦　　　　年　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　（　　　　歳） |
| 氏 名 | 　　　　 |
| 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　（取得年月日　西暦　　　　　　年　　　月　　　日）登録№　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）＊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 | **入会申込書を当協会にお送りいただいた後、会費納入をお願いいたします。**個人正会員　年会費　５,０００　円**埼玉りそな銀行　浦和中央支店　普通預金**　**５５４１９０７**ゆうちょ銀行（備え付けの青い振込用紙をご利用下さい）００１４０-４-５１３８６５入金確認後、入会登録手続きをいたします。 |

* **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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＊紹介者（いらっしゃる場合には記入してください）

　　　　　一般社団法人　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 | 入会申込到着日 | 入金（入会登録）日　　　　　 | 会員番号　　　　 |

＊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。