

# 入会申込書

一般社団法人

申込年月日

年

月

日

沖縄県介護支援専門員協会 行

(FAX:098-887-4834)

私は、貴協会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

会員種別	正会員 ・ 特別会員 (どちらかに○をつけてください)		性別	男 ・ 女
ふりがな				生年月日【必須】
氏名				西暦 年 月 日
住所(自宅) 【必須】	〒 —			
連絡先 【必須】	TEL(携帯)	【必須】	TEL(自宅)	
	メールアドレス (PC推奨)	【必須】		

※迷惑メール対策等で、ドメイン指定受信を設定されている場合、メールが正しく届かない場合がございます。ドメイン「@okicare.jp」及び「@gmail.com」を受信できるように設定してください。

※メールにて当協会主催のスキルアップ研修会・催事等のご案内、日本介護支援専門員協会よりメールマガジンが配信されます。

基礎資格	介護支援専門員登録番号	第	号
	登録都道府県		
ケアマネ取得時の資格 (複数可)	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( )		
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		

支部	入会します (支部名: )	入会しません	
所属先	勤務先名		
	種別	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 ・ その他( )	
	所在地 (所属)	〒 —	
	Tel(所属)	Fax(所属)	
主任介護支援専門員資格の有無	有	無	

会費	*沖縄県介護支援専門員協会 入会費:1,000円 年会費:2,000円 支部会費:1,000円
	*日本介護支援専門員協会 入会費:1,000円 年会費:5,000円

※お預かりした個人情報は事務連絡、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ます。

※事務局確認欄

お問い合わせ先  
 <<一般社団法人沖縄県介護支援専門員協会 事務局>>  
 〒903-0804 沖縄県那覇市首里石嶺町4丁目373番地1  
 沖縄県総合福祉センター 東棟3階 309号室  
 TEL:098-887-4833/Fax:098-887-4834  
 Email:info@okicare.jp

受付	発送	入金	口振	完了 会員管理No.
リスト	会員システム	支部名簿	支部メール	完了通知