



一般社団法人 神戸市ケアマネジャー連絡会 入会・変更・退会 申込書

*いずれかに○をいれてください。 1. 新規入会 2. 登録内容変更 3. 退会

※変更の場合は、氏名・生年月日・連絡先と変更箇所のみご記入下さい。 記入日 平成 年 月 日

フリガナ		所属区	*勤務先の区をご記入してください。勤務先がない場合は、ご自宅の区をご記入ください。	
氏名			_____ 区	
生年月日	(西暦) 年 月 日生	郵送先 E-mail送付先	1. 勤務先 どちらかに○を 2. 自宅 入れてください。	
勤務先名称				
勤務先住所	(〒 _____)			
勤務先 TEL		勤務先 FAX		
自宅 住所	(〒 _____)			
自宅 TEL		自宅 FAX		
勤務先 E-mail		自宅 E-mail		
介護支援 専門員受験資格 (○印)	1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 保健師 5. 助産師 6. 看護師 7. 准看護師 8. 理学療法士 9. 作業療法士 10. 社会福祉士 11. 介護福祉士 12. 視能訓練士 13. 義肢装具士 14. 歯科衛生士 15. 言語聴覚士 16. 按摩マッサージ指圧師 17. はり師 18. きゅう師 19. 柔道整復師 20. 栄養士(管理栄養士) 21. 精神保健福祉士 22. 相談援助業務従事者 23. 社会福祉主事任用資格 24. 介護等業務従事者 25. ヘルパー 26. その他 (_____)			
介護支援専門員登録都道府県・番号	兵庫県・その他 (_____) 第 _____ 号			
兵庫県介護支援専門員協会の入会状況	入会済み ・ 未入会			
日本介護支援専門員協会の入会状況	入会済み ・ 未入会			
主任介護支援専門員の資格	修了済み ・ 未修了			
所属区の世話人から、区の研修案内等を希望しますか?○印を入れてください。	希望する ・ 希望しない (事務局からの案内のみで良い)			

個人情報使用同意書

私の個人情報については、神戸市ケアマネジャー連絡会(日本介護支援専門協会・兵庫県介護支援専門員協会含む)の会員として、活動に必要な範囲内において必要最小限の個人情報を使用することに同意します。

記

一般社団法人 神戸市ケアマネジャー連絡会 代表理事様 平成 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印 _____