

入 会 申 込 書

平成 年 月 日

鳥取県介護支援専門員連絡協議会 行

私は、鳥取県介護支援専門員連絡協議会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

フリガナ			
氏 名	生年月日		昭和 平成 年 月 日
介護支援専門員資格の有無	有（取得年月日 平成 年 月 日） ・ 無		
介護支援専門員登録番号			
住所（自宅）	〒 -		
電話（自宅）	FAX（自宅）		
所属機関 <small>*現任者のみ</small>	名 称		
所在地	〒 -		
電 話	FAX		
ケアマネ取得時の 資 格	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（ ）		
会員番号	※事務局記入		
備 考			