

入 会 申 込 書

令和 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 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）	
Mail	※HPの更新や研修案内等の情報はメールにてお送りいたしますのでご記入ください。		
所属機関 *現任者のみ	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			