

入会申込書（正会員／団体加入用）

当団体は、貴会の目的に賛同し、入会を希望します。

入会申込日	年 月 日	会員種別	正会員（事業所単位）
ふりがな 団体名称			
住 所	〒		
TEL		FAX	
Mail			
請求方法	個人別請求	団体一括請求（内訳添付）	
ふりがな 代表者氏名		団体所属人数 (次ページに人数分の情報をご記入願います)	名
備 考			

※ 北海道介護支援専門員協会の正会員・賛助会員として登録されている方が、団体会員となる場合は、2ページ目の「**団体会員メンバー登録票**」に所属する方の氏名・生年月日・介護支援専門員登録番号・所属事業所を、人数分（代表者含む）ご記入願います。

※ 北海道介護支援専門員協会に登録されていない方が、団体会員となる場合は、3ページ目の入会申込書をご提出願います

ご記入いただいた個人情報につきましては、日本介護支援専門員協会並びに北海道介護支援専門員協会の入会申込み手続き処理のみの利用とし、その管理について、個人情報の漏えい、滅失、毀損などがないよう十分に配慮し、安全に管理致します。

■団体会員メンバー登録票

既会員用

団体名称							
1	ふりがな 氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日		
		介護支援専門員登録番号					
	所属事業所						
2	ふりがな 氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日		
		介護支援専門員登録番号					
	所属事業所						
3	ふりがな 氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日		
		介護支援専門員登録番号					
	所属事業所						
4	ふりがな 氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日		
		介護支援専門員登録番号					
	所属事業所						
5	ふりがな 氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日		
		介護支援専門員登録番号					
	所属事業所						
6	ふりがな 氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日		
		介護支援専門員登録番号					
	所属事業所						
7	ふりがな 氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日		
		介護支援専門員登録番号					
	所属事業所						
8	ふりがな 氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日		
		介護支援専門員登録番号					
	所属事業所						
9	ふりがな 氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日		
		介護支援専門員登録番号					
	所属事業所						
10	ふりがな 氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日		
		介護支援専門員登録番号					
	所属事業所						

※ 10名以上で登録される場合は、コピーしてご提出願います。

入会申込書（正会員／団体加入用）

非会員用

私は、貴会の目的に賛同し、入会を希望します。

入会区分	<input checked="" type="checkbox"/>	北海道介護支援専門員協会		日本介護支援専門員協会				
入会申込日	年	月	日	会員種別 正会員（事業所単位）				
事業所単位 団体名称								
ふりがな 氏名	性別		男性	女性				
	生年月日		年	月 日				
介護支援専門員 登録番号			(年 月 日取得)					
自宅住所	〒							
自宅 TEL			自宅 FAX					
自宅 Mail								
所属事業所								
所属住所	〒							
所属 TEL			所属 FAX					
所属 Mail								
所属市町村 組織名称								
郵送先	<input checked="" type="checkbox"/>	自宅 所属	FAX送信先	<input checked="" type="checkbox"/>	自宅 所属	メール送信先	<input checked="" type="checkbox"/>	自宅 所属
	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	あん摩マッサージ、はり師、灸師				
		歯科衛生士	柔道整復師	管理栄養士	栄養士			
		訪問介護員	その他					
備考								

ご記入いただいた個人情報につきましては、日本介護支援専門員協会並びに北海道介護支援専門員協会の入会申込み手続き処理のみの利用とし、その管理について、個人情報の漏えい、滅失、毀損などがないよう十分に配慮し、安全に管理致します。

入会にかかわる会費等のお知らせ

北海道介護支援専門員協会 入会金 1,000 円 年会費 3,000 円

事業所単位（3名以上）で入会すると年会費 2,000 円

詳細は北海道介護支援専門員協会ホームページでもご覧いただけます。

■北海道介護支援専門員協会

<http://www.do-kaigoshien.jp/>

【問合せ先】北海道介護支援専門員 事務局

〒040-0073 函館市宮前町 27 番 11 号 ケアプラザ新函館・たけだクリニック内

担当者：細田 政裕 / 若狭 拓哉

電話：0138-62-3100

ファックス：0138-62-3060

メール：info@do-kaigoshien.jp

日本介護支援専門員協会 入会金 1,000 円 年会費 5,000

詳しくは <http://www.jcma.or.jp/>