

ボランティア登録書と同時に申し込下さい。(入会費 1,000 円減免制度)

災害対策特別入会申込書（正会員／個人加入用）

私は、貴会の目的に賛同し、入会を希望します。

入会区分	✓	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			
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	自 宅	FAX 送信先	自 宅	メール送信先	自 宅		
	所 属		所 属		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、毀損などがないうように十分に配慮し、安全に管理致します。

送付先 北海道介護支援専門員協会 事務局 宛 FAX:0138-62-3060

日本介護支援専門員協会・北海道介護支援専門員協会
ケアマネジャー・ボランティア登録書

平成23年 月 日

フリガナ							
氏名							
介護支援専門員 登録番号							
会員種別	★該当箇所にチェック(✓)をお付けください <input type="checkbox"/> 会 員 (北海道介護支援専門員協会) <input type="checkbox"/> 会 員 (日本介護支援専門員協会 会員番号: -) <input type="checkbox"/> 非会員 (地区組織名:)						
所属支部名	北海道支部						
自宅	住所	〒					
	TEL		緊急時 TEL				
	FAX						
	MAIL						
勤務先	名称						
	所属種別						
	住所	〒					
	TEL		FAX				
	MAIL						
資格・免許		経験年数	年	ヶ月			
		経験年数	年	ヶ月			
		経験年数	年	ヶ月			
希望する 活動内容							
派遣期間	平成23年 月 日 ~ 平成23年 月 日を希望						

※ ボランティア保険未加入の方は、会員・非会員に関わらず、日本協会にて一括加入致します