



## 群馬県認知症ケア専門士会 入会申込書

FAX : 027-289-6866

MAIL : ninchicare@gmail.com

※FAX、MAIL どちらかにお申込み下さい。

申込日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

区 分：①正会員                      ②賛助会員                      を希望します。(下記に説明文があります)

ふりがな 氏名		男	生年月日	西暦	年	
		女	月	日	歳	
住所	〒	電話番号				
E-mail (大きく分かりやすく記載してください。お申し込み後に、確認の返信メールを送らせていただきます。)						
認知症ケア専門士取得の有無		有・無				
有資格に <input checked="" type="checkbox"/>						
(複数可)	<input type="checkbox"/>	介護福祉士	<input type="checkbox"/>	看護師(准含む)	<input type="checkbox"/>	社会福祉士
	<input type="checkbox"/>	精神保健福祉士	<input type="checkbox"/>	理学療法士	<input type="checkbox"/>	作業療法士
	<input type="checkbox"/>	言語聴覚士	<input type="checkbox"/>	管理栄養士	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員
	<input type="checkbox"/>	他	( )			

■ 入会資格：日本認知症ケア学会認定の認知症ケア専門士又は会の趣旨に賛同するもの。

■ 入会金は全員3000円。年会費 ①正会員は2000円 ②賛助会員は無料。

正会員は総会等に出席し議決権があります。賛助会員は議決権が無い他は、同様です。

(2年間年会費の納入が無い正会員は賛助会員として取り扱います。)

会の連絡やお知らせは全てメールで行います。

群馬認知症ケア専門士会事務局 〒379-2154 群馬県前橋市天川大島町1441番地

(グループホーム・小規模多機能ホームすずかけの家 内)

TEL : 090-5411-6114 (事務局 深澤) FAX : 027-289-6866