

No.

申込日： 平成 年 月 日

## 「大分県認知症ケア専門士会」 入会申込書

( FAX 0977-66-9965 )

私は、別紙会則を理解し、大分県認知症ケア専門士会への入会を希望いたします。

個人記入欄（※は必須）

会員氏名 ※	フリガナ
所属先	フリガナ
住所／連絡先 ※  (自宅・所属先)	〒
どちらかに○ ※	TEL : FAX :
	E-mail :
専門士No. ※	

専門士会事務記入欄 :

受理日 : 平成 年 月 日

入会日 : 平成 年 月 日

大分県認知症ケア専門士会