

山形県認知症ケア専門士会 入会申込書

申込日 令和 年 月 日

※この申込書をお送りいただく前に、会費の納入を済ませてください。

ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	西暦	年	月 日 歳
	専門士番号	専門士取得年度	認知症ケア上級専門士 有・無 (どちらかに○をつけてください)
自宅住所	〒		
自宅電話番号			
自宅FAX番号			
携帯電話番号			
Eメールアドレス	<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 携帯 (ご記入いただくものにチェックをしてください)		
勤務先種別 (○をつけてください)	1. デイサービス 2. デイケア 3. 訪問介護 4. 訪問看護 5. グループホーム 6. 小規模多機能 7. 居宅介護支援事業所 8. 特別養護老人ホーム 9. 老人保健施設 10. 医療機関 11. 教育・研究機関 12. その他 ()		
ふりがな 勤務先名			
勤務先住所	〒		
勤務先電話番号			
勤務先FAX番号			
勤務先Eメールアドレス			
情報送付先・連絡先	自宅 ・ 勤務先 (希望先に○をつけてください)		
資格 (所持資格すべてに○をつけてください)	1. 介護福祉士 2. 介護支援専門員 3. ホームヘルパー(1級・2級) 4. 看護師 5. 社会福祉士 6. 精神保健福祉士 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 言語聴覚士 10. その他 ()		
会費振り込み日	令和 年 月 日 振込先：山形銀行 宮宿支店(普通) 132586 ヤマガタノチンチョウカセシヨウカイ カイヨウ ヤマガタ シュウジ 口座名義：山形県認知症ケア専門士会 会長 山川淳司		
事務局使用欄 記入不要	受 理		
	承 認		

郵送先：〒990-1411 山形県西村山郡朝日町大字和合422-1
 盲特別養護老人ホーム和合荘内 山形県認知症ケア専門士会事務局
 FAX先：0237-85-1673