**FAX：**026-214-9991

長野県認知症ケア専門士会事務局　介護支援センターはやしや　御中

長野県認知症ケア専門士会入会申し込み

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主な連絡先に○を付けて下さい | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
|  | ふりがな |  |
| 住所 | 〒（　　　　—　　　　） |
| 電話番号 |  | FAX |
| メールアドレス |  |
|  | 勤務先 |  |
| 勤務先住所 | 〒（　　　　—　　　　） |
| 職種 |  |
| 電話番号 |  | FAX |
| メールアドレス |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 専門士番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

振込チェック

振込先　：　ゆうちょ銀行　記号11130　番号17896821

なまえ　：　ナガノケンニンチショウケアセンモンシカイ

年会費　：　2,000円