

## 入会申込書

令和 年 月 日

|                  |   |             |       |
|------------------|---|-------------|-------|
| ふりがな<br>※ 氏 名    |   | 性 別         | 男 ・ 女 |
| ※ 生年月日           | 年 月 日 ( 歳)  | ケア専門士<br>NO |       |
| ※ 自宅住所           | (〒 - )  |             |       |
| ※ 自宅電話           |   |             |       |
| ※ F A X          |   |             |       |
| 携 帯              |   |             |       |
| E - M A I L      |   |             |       |
| ふりがな<br>勤 務 先    |   |             |       |
| 所 在 地            | (〒 - )  |             |       |
| 電 話              |   |             |       |
| F A X            |   |             |       |
| ※ 地域活動・<br>情報提供先 | <p>「千葉県認知症ケア専門士会」では県を5地域に分けて地域活動も行っております。地域活動（勉強会）や「会」全体での研修会などのお知らせも地域広報担当者よりご案内することもあります。<br/>自宅市町村または勤務地市町村の選択を○でお願いいたします。<br/>(地域分けについてはブログを参照下さい)</p> <p>住所地域                      ・                      勤務地域</p> |             |       |

千葉県認知症ケア専門士会に希望する事等がありましたらご記入下さい

※上記を記入の上、担当にFAXして下さい。  
社会福祉法人 土穂会 ピア宮敷 片岡認築 拝

F A X : 0470-87-8112