

沖縄県認知症ケア専門士会

入会申込書

返信先FAX番号 098-987-8445

申込記入日 令和 年 月 日

フリガナ							性別	職 種			
お名前							男 ・ 女	資 格(○をつけて下さい)			
								医師・薬剤師・保健師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語療法士・社会福祉士 介護福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員 ホームヘルパー・その他 ()			
生年月日	西暦	年	月	日							
認知症ケア 専門士番号											
E-mail											
自宅住所	〒										
自宅TEL							FAX				
携帯番号											
勤務先											
勤務先住所	〒										
勤務先TEL							FAX				
研修会 案内方法	※ご希望の連絡方法・連絡先に✓マークをつけて下さい記号 E-mail (☐ 自宅 ・ ☐ 勤務先) FAX (☐ 自宅 ・ ☐ 勤務先) その他 ()										
会員選択	☐ 正会員(認知症ケア専門士) ☐ 準会員(専門士資格なし) ☐ 賛助会員(個人または団体)										

●会費について

年会費：正会員 2,000円（入会金なし） 準会員 2,000円(入会金なし) 賛助会員 3,000円(ひと口)

●入会申込み及び会費の支払い方法について

本申込みをご記入いただきFAXの上、下記の口座へお振込み下さい

〈振込先〉 ゆうちょ銀行 記号 17060 番号 14440471 口座名義 ナガミネ ヨシユキ

(沖縄県認知症ケア専門士会 会長)

一般金融機関からは〔店名〕七〇八(読み ナナゼロハチ)〔店番〕708〔貯金種目〕普通貯金

〔口座番号〕1444047

(※お振込み手数料は会員様にてご負担下さい また口座入金の確認にて入会確定とします)

●問合せ先〈事務局〉

〒904-0012 沖縄県沖縄市字安慶田2-25-20

株式会社ユースフル 福祉の窓口@沖縄city内 沖縄県認知症ケア専門士会 事務局担当 安里隆由

TEL 080-7536-6951 FAX 098-987-8445 E-mail timujurasan2025@gmail.com

●個人情報の取り扱いについて

本申込書に記載された個人情報は、個人情報保護法の精神に則り厳正に管理し、当会の活動に必要な範囲内にのみ利用致します。

事務局記入欄 : 受付日 年 月 日