群馬県認知症ケア専門士会　入会申込書

FAX:027-251-5511

申込日　　年　　月　　日

区分：①正会員　　②賛助会員　　を希望します。（下記に説明文があります）

ふりがな 氏　名		男 ・ 女	昭和・平成 /　　年 月　　日　生　　歳	
住　所	〒		TEL携帯	
			FAX	
E-mail	・携帯 ・ＰＣ	お申し込みFAXを送信後に必ず専門士会のメールに氏名を明記して、事務局宛てに送信してください。 アドレス：ninchicare@gmail.com メールが確認ができましたら、ご確認できた旨のメールを返信させていただきます。		
専門士取得の方No.		認定期間	年　月　日～ 年　月　日	
有資格に （複数可）☑	☐ 介護福祉士 ☐ ヘルパー ☐ 看護師 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士	☐ 言語聴覚士 ☐ 社会福祉士 ☐ 管理栄養士 ☐ 医師 ☐ 他（　　）		

■　入会資格：日本認知症ケア学会認定の認知症ケア専門士又は会の趣旨に賛同するもの。

■　入会金は全員３０００円・年会費　①正会員は２０００円　②賛助会員は無料。
正会員は総会等に出席し議決権があります。賛助会員は議決権が無い他は同様です。
（２年間会費の納入が無い場合は賛助会員として取り扱います。）

■　FAXで申し込み用紙を専門士会に送信後、メールにて入会希望の旨のメールを入れてください。（アドレスを登録します）

会の連絡やお知らせは全てメールで行います。

群馬認知症ケア専門士会事務局
〒371-0823　　群馬県前橋市川曲町1-1
ナーシングホームあい　暖（ぬくもり）内
TEL:080－2078－9492　　FAX:０２７－２５１－５５１１