

## 入会申込書(新規・賛助)

さいたま市介護支援専門員協会 様

さいたま市介護支援専門員協会に入会したく、申込書を提出しますので、承諾下さるようお願いいたします。

令和 年 月 日

フリガナ 氏名		性別	男 女
所属 事業所名		<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 施設	
事業所 所在地	〒	TEL ( )	FAX ( )
自宅 連絡先	〒	TEL ( )	FAX ( )
登録年度 及び経験年数	平成・令和	年度登録	年以上
関係する 所持資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師(保健師) <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー 級 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
主任ケアマネ	<input type="checkbox"/> 受講済	通知等連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
会に希望 すること			

※ 1 入会申込書は、下記の送付先までFAXにてお送りください。

※ 2 会費納入の際の振込手数料は各自でご負担願います。

(会社負担の方、複数名分振り込まれた方は、下記までご連絡ください。)

[送付先] 敬寿園宝来ホーム

電話 048(620)0600 FAX 048(620)0601

[振込み先] 埼玉りそな銀行 指扇支店

店番788 普通預金 口座番号 4055315

氏名 さいたま市介護支援専門員協会

・年会費 5,000円 (10月1日以降入会 2,500円)