

足立区主任介護支援専門員連絡会 入会申込書

私は、足立区主任介護支援専門員連絡会の入会を希望します。

令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭・平 年 月 日

有資格等	介護支援専門員 経験年数	年	取得自治体	東京都 他()	介護支援専門員 番号	
	主任介護支援専門員 経験年数	年	取得自治体	東京都 他()	取得年度	年度
	基礎資格	医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・准看護師・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・歯科衛生士・あん摩マッサージ指圧師、はり師、灸師・柔道整復師・管理栄養士・栄養士・訪問介護員・ その他()				

★現時点での所属先についてご記入下さい。

所属先名称		電話	
所属先住所			
所属先種別	居宅介護支援事業所 【特定加算 I II III なし】 特養・老健・介護療養・特定施設・GH・小規模多機能 その他【 】		

★今後、事務連絡についてはメールで行います。

ご希望の連絡先を1つ選択し()に○をご記入下さい。

() 事業所	E-mailアドレス
() 自宅	
() その他	

お申し込み後、上記の記載内容に変更が生じた場合は、変更届出書の提出をお願いします。

個人情報につきましては、足立区主任介護支援専門員連絡会以外の目的で使用しません。

連絡先確認のための事務局からご連絡する場合があります。あらかじめご了承ください。

※事務局記入欄(この欄には記入しないでください)

名簿	
メール	
役員会承認日	
ブロック役員への報告	