《FAX番号　０２７－２５５－６１７３》

一般社団法人群馬県介護支援専門員協会・日本介護支援専門員協会

入会届 ・ 変更届

申請日　令和　　年　　月　　日

**私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | | 西暦　　　　　年　　月　　日 | |
| 氏 　名 |  | |
| ケアマネ登録番号 |  | | | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 住　所 | 〒　　　－ | | | | | |
| 連絡  希望先 | □勤務先  □自宅・携帯 | 電話番号： | | | | |
| メール  アドレス | ＠ | | | | | |
| 希望会員種　　別 | □ 日本介護支援専門員協会員（群馬県介護支援専門員協会との同時入会）  □ 群馬県介護支援専門員協会（群馬県介護支援専門員協会のみ入会）  □ 賛助会員（個人） | | | | | |
| 会　　費 | 1. 日本介護支援専門員協会と群馬県介護支援専門員協会の同時入会 | | | 県4,000円（年会費）  日本協会5,000円(年会費) | | |
| ②群馬県介護支援専門員協会のみ | | | 県4,000円(年会費) | | |
| 希望会費  納入方法 | □郵便局振込用紙  □クレジット決済 | | | | | |
| 変更事項 | 【希望会員種別など変更事項がある場合、記載して下さい。】 | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関 |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| 変更日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　（変更届提出者のみ記載） |

（注）

●原則、勤務先の所在地が、登録支部となります。現在、勤務されていない等、別段のご事情がある場合、事務局にご相談ください。（027-255-6226　担当：新井）

●正確な会員情報管理を行う為、所属機関を異動となられた場合には、上記氏名、登録番号、所属機関、所在地、変更日をご記入の上、申請用紙を事務局宛にFAX若しくは郵送若しくはメールに添付しご送付下さい。

※当協会に提出いただいた個人情報について、当協会事業のみに使用し、適切に個人情報を取扱うとともに、目的外利用はいたしません。