

令和5年度 鹿児島県認知症ケア専門士会

入会申込書

年会費振込日：令和 年 月 日

<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再入会		記入日：令和 年 月 日	
ふりがな			
お名前			
生年月日	S H	年 月 日	上級ケア専門士
認知症ケア 専門士番号			有 ・ 無
E-Mail* (自宅・勤務先)	※E-Mailの登録にご協力くださいますようお願いいたします。		
自宅住所	〒		
自宅TEL		自宅FAX	
携帯番号			
勤務先			
勤務先住所	〒		
勤務先TEL		勤務先FAX	
研修会等 案内方法	※ご希望の連絡方法・連絡先に○をつけてください。 E-Mail ・ 自宅郵送 ・ 勤務先郵送 E-Mailを希望された方は、件名にお名前を入力の上、下記の問い合わせ先E-Mailへ空メールを送信してください。		
資格等			

◆会費について

鹿児島県認知症ケア専門士会 年会費 5,000円（単位取得をご希望の方は必須）

◆入会申し込みおよび会費の支払い方法について

- ・会場にて研修会参加の方・・・本申込書をご記入の上、当日、年会費を添えてお申し込みください。
- ・Zoomにて研修会参加の方・・・事前に銀行振り込みをお済ませになり、本申込書をFAXしてください。

◆問い合わせ先

〒899-4305 鹿児島県霧島市国分郡田1201番地

鹿児島県認知症ケア専門士会 会長 宇都まり子

TEL：0995-55-1800 FAX：0995-47-1779 E-Mail：mariko@po.mct.ne.jp

◆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については、個人情報保護法に則り厳正に管理し、当会の活動に必要な範囲にのみ利用いたします。

※複数人の入会ご希望の場合は、この用紙をコピーしてご利用ください。

事務局記入欄	受付日	年 月 日
--------	-----	-------