大和ケアマネジャー連絡協議会　会員登録申請書

□入会　□変更　□退会　※該当するものにレ印をつけて下さい

申請日：　　年　　月　　日

氏　名	フリガナ	性　別	男性・女性
		登録番号 第　　号	
自宅住所	〒　　-		
		TEL	-　　-
		FAX	-　　-
勤務先名（部署等）	勤務先		
	部署等		
勤務先住所	〒　　-		
		TEL	-　　-
		FAX	-　　-
名簿搭載の有無 ※該当するものにレ印をつけて下さい	□　自宅・勤務先とも可 □　勤務先のみ可 □　自宅のみ可		
電子メールでの連絡 (連絡文書、広報誌等を送信します)	□ 可　　□ 不可 E-mail：		
連絡（郵送）先の指定 ※該当するものにレ印をつけて下さい	□　自宅・勤務先とも可 □　勤務先のみ可 □　自宅のみ可		
その他 ※①に関して該当するものにレ印をつけて下さい	① ケアマネージャー業務の有無（現業か否か） □ 現在ケアマネージャーとして仕事をしている □ 過去にしていたが現在はしていない □ 資格は有しているが業務についたことはない ② 入会にあたってのご意見・ご希望等 （　　）		
備考	※ 上記太線の中の必要事項をご記入ください。 ※ 会員名簿の作成上、名簿登載の有無は必ずご記入ください。 なお、会員名簿は会員以外への配付並びに公表はいたしません。 ※ 会からの連絡先（郵送先）をご指定ください。 (注)入会に関しては会員登録申請書の提出と併せ、入会金及び会費をいただいた時点で入会完了となります。		

受付日		受付者	