

宮崎県認知症ケア専門士会

入会申込書

記入日：令和 年 月 日

ふりがな			
お名前			
生年月日	S H	年 月 日	
日本認知症ケア 専門士番号			有 ・ 無
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。 自宅郵送 ・ 勤務先郵送		

◆年会費について

会員 3,000円

(県内に居住あるいは勤務する認知症ケア専門士の資格を有する者)

準会員 1,000円

(認知症ケア専門士の資格を有しないが、本会の趣旨に賛同し、認知症ケア専門士を受験する予定の者)

◆入会申し込みおよび会費の支払い方法について

本申込書をご記入の上FAXや郵送にて事務局までお送り下さい。後日、会費のお支払方法等の書類と会則をお送り致します。

◆問い合わせ先

宮崎県認知症ケア専門士会

担当：中迫 伸一

TEL 0986-52-5800 FAX 0986-52-5573

◆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、個人情報保護法の精神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。

事務局記入欄	受付日	年 月 日
		書類発送