

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：向原 幸洋

TEL 0986-36-5870 FAX 0986-36-5890

◆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	