

平成27年度 鹿児島県認知症ケア専門士会

入会申込書

※できるだけE-Mailの登録にご協力いただきますようお願いいたします。

記入日：平成 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)		
自宅住所	〒		
自宅 TEL		自宅 FAX	
携帯			
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 3,000円

◆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、総会および研修会当日、年会費を添えてお申し込みください。

◆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/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
--------	-----	-------