**令和４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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **□ 新規　　　□ 継続　　　□ 再入会** | | | | | | | | | | 記入日：令和　　　年　　月　　日 | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | | |
| お名前 |  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | S | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | 上級ケア専門士 | |
| H |
| 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。

※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 |