

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会入会申込書

年 月 日申込

フリガナ			会員の別	正会員 学生会員(大学院生以上) 賛助会員
氏名	印 (男・女)	○印を付けてください		
生年月日	西暦	年	月	日
			最終学歴	
			正式学校名(学部)	
フリガナ				
自宅住所	〒			
TEL	()		携帯	
FAX	()			
e-mail				
勤務先名			職名	
フリガナ				
勤務先所在地	〒			
TEL	()			
FAX	()			
e-mail				
大学院在籍の方* <small>卒業後はご連絡ください。</small>	大学院名		研究科名	在籍期間(予定)
				年 月～ 年 月
主な取得資格	1、医師 2、歯科医師 3、保健師 4、看護師 5、理学療法士 6、作業療法士 7、社会福祉士 8、介護福祉士 9、教師(小学校・中学校・大学) 10、その他()			
	介護支援専門員の資格 (有・無) *必ずどちらか記入してください。		認定ケアマネジャー資格(有[認定No.]・無 *必ずどちらか記入してください。	
	主任介護支援専門員の資格 (有・無) *必ずどちらか記入してください。			
専門研究領域 (あれば記入してください)				
入会希望日	年	月	日	* 研究大会演題登録される方は演題申込日をご記入ください。申込みの時点で会員登録が必要です。* 年度の切り替えは4月1日となります。4月1日からその年度の年会費が発生します。

年会費: 正会員 ¥8,000 学生会員 ¥5,000 賛助会員 ¥100,000

※郵送先を指定される場合、自宅または勤務先住所欄に○印を付けてください。(指定のない場合自宅に送らせていただきます。)

※入会承認には、申込後1ヶ月ほどかかる場合があります。ご了承ください。

※退会のご連絡は必ず年度の切り替え(4/1)までにご連絡ください。4/1以降は、当該年度の年会費の納入が必要です。