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 ○印を付けてください	正会員 学生会員(大学院生以上) 賛助会員
氏名	印 （男・女）		
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			
勤務先又は大学院名		職名又は大学院研究科名	
フリガナ			
勤務先又は大学院所在地	〒		
TEL	（　　）		
FAX	（　　）		
e－mail			
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・中等学校・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）			
現在の研究テーマ（あれば記入してください）			

年会費：正会員￥8,000　学生会員￥5,000　賛助会員￥100,000

案内等の郵送先を指定される場合には、自宅または勤務先住所欄に○印を付けてください。
（指定のない場合には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。