

入 会 申 込 書

長崎県介護支援専門員連絡協議会 行

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	西暦 年 月 日
自宅住所	〒		
電話番号		FAX	
ケア登録番号		ケア証有効期限	西暦 年 月 日
主任ケアの資格	有（有効期限 西暦 年 月 日） ・ 無		
所属先名称			
住所	〒		
電話番号		FAX	
種別	居宅介護支援事業所 ・ 地域包括支援センター ・ 介護保険施設（地域密着型含） 特定施設入居者生活介護 ・ 認知症対応型共同生活介護 ・ その他（ ）		
メールアドレス	（自宅（スマホ可）・勤務先）		
郵便物送付先	自宅 ・ 勤務先		
加入支部名	長崎 ・ 佐世保 ・ 島原半島 ・ 諫早 ・ 大村 ・ 東彼 ・ 平戸 ・ 松浦 対馬 ・ 壱岐 ・ 五島 ・ 上五島 ・ 西海 ・ 長与 ・ 時津 ・ 未加入		
長崎支部の方	所属ブロック ⇒ 北部 ・ 中央 ・ 南部 ・ 施設		
島原半島支部の方	所属ブロック ⇒ 島原 ・ 雲仙 ・ 南島原		

上記のとおり、長崎県介護支援専門員連絡協議会へ入会を申し込みます。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

ゆうちょ銀行自動払込利用申込みの諾否（回答書）

私の「ゆうちょ銀行口座」から、県会費を自動引落しすることについて

（ 1. 承諾する 2. 承諾しない ）どちらかに○をお願いします。

※自動引落しを承諾しない方は、県口座に振込んでいただきます。振込み手数料は自己負担となります。

※自宅住所等が変更になった場合は、速やかにご連絡下さい。

◆問合せ先/返送先◆

NPO 法人 長崎県介護支援専門員連絡協議会
〒852-8104 長崎市茂里町3番24号 長崎県総合福祉センター 県棟4階
TEL (095) 893-6152 FAX (095) 893-6153

入金日		地区協		発行	
-----	--	-----	--	----	--