

北海道認知症ケア専門士会 入会申込書

※できるだけE-mail (PC) 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					職 種 (名)						
お名前											
生年月日	西暦	年	月	日	認知症ケア上級専門士						
認知症ケア 専門士番号											有 ・ 無
E-mail(PC)*	(自宅・勤務先)										
自宅住所	〒 —										
自宅 TEL					自宅 Fax						
携帯電話											
勤務先名											
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 (PC) ・ 自宅 Fax ・ 勤務先 Fax <small>※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。</small>										
資格等											

◆会費について

北海道認知症ケア専門士会 年会費 2,000 円 (10 月以降にご入会の場合は、1,000 円となります)

◆入会申し込みおよび会費の支払い方法について

本申込書をご記入いただき FAX の上、下記口座へお振込みください。 (※お振込み手数料は会員様にてご負担ください)

(振込先) ゆうちょ銀行 北海道認知症ケア専門士会 記号 19050 番号 48192031

一般金融機関からは→【店名】九〇八 (読み キュウゼロハチ)

【店番】908 【預金種目】普通預金 【口座番号】4819203

※お振込みの際、振込み名義は個人名でお書きください

また、研修会当日の会場受付においてお申し込みいただくこともできます。

◆問い合わせ先

〒049-5613

北海道虻田郡洞爺湖町清水 434 番地

社会福祉法人幸清会 特別養護老人ホーム幸楽園内

北海道認知症ケア専門士会 事務局 鈴木卓也

Tel : 0142-76-4309 Fax : 0142-76-4805 (入会申込書送付先 Fax)

E-mail : hokkaido.senmonshikai@koseikai-wel.or.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
--------	-----	---	---	---