

富山市介護支援専門員協会 事業者会員 入会申込書

令和 年 月 日

富山市介護支援専門員協会 行

(住所：富山市千石町5丁目3-7 千石ケアサービス FAX：076-491-4375)

当事業所は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

事業者	ふりがな	
	名称	
	施設種別	居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護
住所	〒 (-)	
電話 (FAX)		
e-mail		

所属する事業者の代表者にかかる情報

フリガナ		性別	勤務状況	専従 ・ 兼務
氏名		男・女		
資格習得時の基礎資格 ※複数の法定資格を有する場合はすべてを○で囲んでください。		医師・歯科医師・薬剤師・保健師・助産師・看護師・准看護師・理学療法士 作業療法士・社会福祉士・介護福祉士・視能訓練士・義肢装具士・歯科衛生士 言語聴覚士・あん摩マッサージ指圧師、はり師、灸師・柔道整復師・管理栄養士 栄養士・精神保健福祉士・相談援助業務従事者・介護等業務従事者		
協会からの情報提供方法	連絡先	自宅・勤務先 (どちらかに○をつけてください。)		

入会する介護支援専門員の情報 (代表者以外について記入して下さい)

1	フリガナ		性別	勤務状況	専従 ・ 兼務
	氏名		男・女		
2	フリガナ		性別	勤務状況	専従 ・ 兼務
	氏名		男・女		
3	フリガナ		性別	勤務状況	専従 ・ 兼務
	氏名		男・女		
4	フリガナ		性別	勤務状況	専従 ・ 兼務
	氏名		男・女		
5	フリガナ		性別	勤務状況	専従 ・ 兼務
	氏名		男・女		
6	フリガナ		性別	勤務状況	専従 ・ 兼務
	氏名		男・女		
介護支援専門員		計	名		

事業者会員の記載事項変更届

令和 年 月 日

記載内容の変更について

【変更前】入会時の届出事項

ふりがな		住所 連絡先	〒
事業者名			
所属する介護支援専門員数	名	電話番号	
		FAX番号	
		E-mail	
代表者名			

【変更後】変更箇所のみご記入ください。

ふりがな		住所 連絡先	〒
事業者名			
所属する介護支援専門員数	名	電話番号	
		FAX番号	
		E-mail	
勤務先（事業所等の名称）			
勤務先住所	〒	電話番号	
		FAX番号	
		E-mail	

変更する介護支援専門員の情報（代表者以外について記入して下さい）

1	フリガナ	性別	勤務状況	専従 ・ 兼務
	氏名			
2	フリガナ	性別	勤務状況	専従 ・ 兼務
	氏名	男・女		
3	フリガナ	性別	勤務状況	専従 ・ 兼務
	氏名	男・女		
4	フリガナ	性別	勤務状況	専従 ・ 兼務
	氏名	男・女		
5	フリガナ	性別	勤務状況	専従 ・ 兼務
	氏名	男・女		
6	フリガナ	性別	勤務状況	専従 ・ 兼務
	氏名	男・女		
介護支援専門員 計 名				

富山市介護支援専門員協会退会届

令和 年 月 日

富山市介護支援専門員協会 会長 様

私は、富山市介護支援専門員協会を以下の理由により退会いたします。

ふりがな		住所 連絡先	
事業者名			
事業者住所	〒	電話番号	
		FAX番号	
		E-mail	
退会理由（具体的にご記入ください）			

送信先：富山市介護支援専門員協会

富山市千石町5丁目3-7 千石ケアサービス FAX076-491-4375