

会員情報変更届

入会圏域	
------	--

令和 年 月 日

※該当項目を選択する場合は、項目の左欄に○をご記入下さい。

フリガナ											
氏名					性別	男・女	生年月日	年 月 日			
介護支援専門員登録番号(8桁)				—							
※介護支援専門員としての勤務状況		現任		非現任		一度も勤務していない					
住所(自宅)	〒 —										
電話(自宅)					FAX(自宅)						
E-Mail パソコン	@				※メール配信先の希望			←県や国のケアマネに関する情報をリアルタイムに配信しています。ぜひご記入の上、チェックしやすいアドレスの方に○印をご記入下さい。			
E-Mail 携帯	@				携帯	パソコン					
所属機関 (現任者のみ)	名称										
	※種別	居宅介護支援事業所			介護老人福祉施設			介護老人保健施設			
		介護療養型医療施設			地域包括支援センター			小規模多機能型居宅介護			
		認知症対応型共同生活介護			特定施設入居者生活介護			その他			
所在地	〒 —										
電話					FAX						
※ケアマネ取得時の資格	医師		歯科医師		薬剤師		保健師		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		
	歯科衛生士		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		訪問介護員		その他						
日本介護支援専門員協会登録状況				※入会状況		登録済み		○		新規入会	
				日本協会会員番号							

注1 この様式は、会員情報変更届の様式になります。変更内容をご記入後、該当地域協会(協議会)にご提出して下さい。

注2 山口県介護支援専門員協会では、介護支援専門員にとって必要な情報を会員限定で、メール配信しています。メール配信をご希望される方は、E-Mailアドレスをご記入下さい。なお、山口県介護支援専門員協会ホームページ『県協会お知らせメール登録コーナー』でメール配信の解除やアドレスの変更が行えます。

注3 ウイルス対策ソフトやフィルター機能をご利用されている方は、下記アドレスからパソコンにてメール配信致しますのでメールが届くように設定して下さい。

県協会 ycmainfo@y-cma.jp 地域協会 _____