

鎌倉ケアマネ連絡会 登録・変更届

私は、ケアマネ連絡会に登録します。 氏名 _____

鎌倉ケアマネ連絡会 登録・変更届

<input type="checkbox"/> 新規登録申込		<input type="checkbox"/> 登録内容変更					
氏名 (ふりがな)							
氏名 (漢字)							
介護支援専門員 登録NO (8桁)							
登録年月日	平成 年 月 日						
有効期間満了日	平成 年 月 日						
研修受講終了日	<input type="checkbox"/> 専門員研修Ⅰ (年 月) <input type="checkbox"/> 更新研修 (年 月) <input type="checkbox"/> 専門員研修Ⅱ (年 月) <input type="checkbox"/> 更新研修 (年 月)						
連絡先住所	〒 _____						
	*この住所は <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅 です						
連絡先電話番号	_____						
	*この電話番号は <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅 です						
連絡先FAX番号	_____						
	*このFAX番号は <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅 です						
連絡先E-mail							
所属事業所名							
連絡方法	<input type="checkbox"/> 上記の住所に郵送 <input type="checkbox"/> 上記のFAX番号に送信 <input type="checkbox"/> 上記のE-mailに配信 <input type="checkbox"/> その他 ()						
役員会への参加	<input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 参加しない <input type="checkbox"/> 研修会の会場づくり等、手伝えるときだけ参加する						

*この個人情報につきましては、連絡会の管理下において連絡会内の連絡のみに使用し、第三者に漏らす事はありません。 鎌倉ケアマネ連絡会