

令和 4年 5月13日

関係機関の長 各位

鹿児島県介護支援専門員協議会
南薩支部長 阿久根 一 信
(公 印 略)

令和4年度日本介護支援専門員協会、鹿児島県介護支援専門員協議会
及び南薩支部の会費の納入について (依頼)

時下 益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、令和4年度の日本介護支援専門員協会、鹿児島県介護支援専門員協議会と南薩支部の年会費納入について、貴事業所職員への周知並びに加入にご配慮くださいますようお願い致します。(日本介護支援専門員協会への加入につきましては、年会費5,000円・入会金1,000円です。尚、入会金1,000円は5月31日までに入会申し込みいただくと、キャンペーン中につき無料)

また、入会につきましては、日本介護支援専門員協会への加入が義務付けられておりますので納入の際はご注意ください。(県協議会、支部協議会のみで会費納入では会員とはなりません)

日本協会費、県協議会費につきましても所属する支部で徴収することとなっておりますので、6月20日(月)までに下記の口座にお振込みください。

お振込みの際、二人以上でまとめて振込みをされる場合は、金額と名前を確認しますので、振り込みを行った名前又は名称と振り込み者名通知書(別紙)を、事務局まで郵送又はFAX、メール送信をお願いいたします。

なお、会員の所属事業所等に異動がある場合は、お手数ですが同封(別添データ)の様式を用いて支部事務局まで郵送またはFAX、又はメール送信してください。

記

		(新規加入者)	(既会員)
日本介護支援専門員協会	年会費	6,000円(入会費含)	5,000円
鹿児島県介護支援専門員協議会	年会費	3,000円(入会費含)	2,000円
〃	南薩支部 年会費	2,000円	2,000円
合 計		11,000円	9,000円

新規加入者に対しましては県入会金1,000円を南薩支部より助成するため、新規加入者は南薩支部へは、合計10,000円の入金をお願いします。
尚、5月31日までに入会申し込みいただくと、合計9,000円の入金となります。

※ (振込先) 鹿児島銀行 知覧支店 普通 289365
鹿児島県介護支援専門員協議会 南薩支部
支部長 阿久根 一 信

振込み者名は、フリガナで先頭から14文字しか通帳に記帳されませんので、確認しやすいようにご配慮ください。

日本介護支援専門員協会・鹿児島県介護支援専門員協議会
及び南薩支部会費振込み通知書

令和 年 月 日

鹿児島県介護支援専門員協議会 南薩支部 事務局 榎木・成元 行
(望洋の里 F A X : 0993-36-3076

(メールアドレス : bouyou@po3.synapse.ne.jp)

(送付者) 住 所
送付者名
電話番号

- ※ 振込受付書の写しも送付して下さい。
- ※ 新規加入者又は既会員の区別をQ印で記入して下さい
- ※ 県協議会へ所属名と個人名を報告しますので必ず記載して下さい。

	所 属 名	氏 名	会員番号	新規加入者 5/31 までの 申込者 9,000円 上記以外の方 10,000円	既会員 9,000円
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
小 計				円	円
合 計				円	円

新規加入者に対しましては県入会金1,000円を南薩支部より助成しますので、新規会員加入者の場合は、10,000円の振り込みとなります。
尚、日本介護支援専門員協会への入会金1,000円につきましては、5月31日までに入会申し込みいただきますと、キャンペーン中につき無料となります。

入 会 申 込 書

申込年月日 年 月 日

鹿児島県介護支援専門員協議会 行

(支部経由)

私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

会員種別	正会員・賛助会員 (どちらかを選び、○をつけて下さい。)	性別	男・女	番会員号	
				パスワード	*事務局記入欄
フリガナ			生年月日	西暦 年 月 日	
氏名					
介護支援専門員資格の有無		有(取得年月日 西暦 年 月 日) ・ 無			
介護支援専門員登録番号					
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					
メールマガジン	希望する ・ 希望しない				
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		
情報提供方法	E-Mail(自宅・所属) ・ ホームページ				
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()				
支部情報	都道府県協会入会	有 ・ 無			
	都道府県会員番号				
備 考					

※お預かりした個人情報は事務連絡、各種ご案内、アンケートのお願い等に使用させていただきます。

退 会 届

特定非営利活動法人鹿児島県介護支援専門員協議会会長 殿

届出年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、このたび次の理由により退会いたしたく、退会届を提出いたします。

理由 _____

氏 名 _____ 印

〒 _____

現住所 _____

TEL _____ FAX _____

〒 _____

勤務先住所 _____

勤務先名称 _____

TEL _____ FAX _____

*個人情報、本会会員の管理・関係書類の情報提供を目的として利用させていただきます。

「個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」(厚生労働省発行)に基づいて取り扱います。