



【コピーしてお使い下さい】

柏市介護支援専門員協議会 入会申込書 (記入日 令和 年 月 日)

柏市介護支援専門員協議会 会長あて



私は令和6年度 柏市介護支援専門員協議会に参加したく、申し込みます。年会費1,500円の支払方法 (別紙支払方法参照)

- 1 郵便払込用紙利用 2 総会時に代表者が事業所人数分支払う

*総会時は、受付での混乱を避けるため事前にご記入して、総会当日にご提出下さい。
*途中入会の方は、大変お手数ですが申込書ご記入後10日以内にご入金をお願い致します。

フリガナ				性別
氏名				(男・女)
介護支援専門員 経験年数	居宅	年	資格取得時の資格	主任介護支援専門員資格 の有無 有・無
	施設	年		
	その他	年		

勤務先 ・ 自宅	名称			
	住所	〒		
	連絡先	電話：	FAX：	
	形態	居宅支援 GH 特定施設 特養 老健 小規模多機能 自宅 その他		
	情報共有システム	カワニネット(カミック)		済・未

※会員かつカワニネット(カミック)に登録していただいている方は
研修会等の情報を 配信しております。
※カワニネット(カミック)の登録・利用についてのお問い合わせは
地域医療推進課(7197-1510)までご相談下さい。

振替払込請求書兼受領書または
ご利用明細票を 各自コピーし貼付
↓

年会費入金の後
↓
**振替払込請求書兼受領書、又はご利用明細票を
各自コピーし貼付**
↓
FAX送付をお願い申し上げます

2人以上合算で振込をされた方は
●受領証のご依頼人欄に「事業所名」と
「全員の名字」を記入してください

振替払込請求書兼受領証

口座記号番号				
加入者名				
金額	千	百	十	万
ご依頼人	おなまえ			
料金額	(消費税込み) 日 附 印			
備考	円			

※役員記入欄

受付日	/	入金	/	名簿登録	/	情報共有システム	/
確認者		確認者		確認者		確認者	