

変 更 届

一般社団法人
沖縄県介護支援専門員協会 行
(FAX: 098-887-4834)

届出年月日 年 月 日

会員登録内容に変更がありましたので以下の通り届け出ます。

※変更項目に☑チェックの上、変更内容をご記入ください。

会員番号: _____ 介護支援専門員登録番号: _____

氏 名: _____ 印

氏名の変更

旧	新

自宅住所等の変更

住 所	〒 _____
電話番号	_____
E-mail	_____

金融機関・口座番号の変更

ご自宅へ新しい口座振替用紙を送付いたします。

支部

支部へ入会します。(支部名: _____ 支部)

支部を退会します。(支部名: _____ 支部)

支部の変更があります。(支部名: _____ 支部)から(支部名: _____ 支部)へ

所属先等の変更

勤務先名	_____		
種 別	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
住 所	〒 _____		
電話番号	_____	FAX 番号	_____
Email	_____		

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。

※事務局確認欄

受付	完了	支部連絡	日介協連絡

【お問合せ先】 一般社団法人 沖縄県介護支援専門員協会 TEL : 098-887-4833