

様式第8号

FAX 054-252-9884

静岡県介護支援専門員協会 宛

個人正会員用

特定非営利活動法人 静岡県介護支援専門員協会

登録内容変更届

令和 年 月 日

特定非営利活動法人 静岡県介護支援専門員協会会長 様

登録内容に変更がありましたので下記の通り届け出ます。
(枠内の変更項目のみご記入下さい。)

会員番号: _____

氏名: _____ 印

ふりがな	旧)	→新)			
氏名	旧)	→新)			
自宅住所	〒				
連絡先	電話番号		FAX番号		
	メールアドレス				種別 PC・携帯
介護支援専門員資格の有無	有 (登録番号)				
協力団体(※)への加入の有無	現時点で加入している協力団体名を記入(脱退の場合はその旨をご記入下さい)				
自宅以外郵送物等送り先住所	〒 (勤務先の場合は名称をご記入下さい。)				
備考					

※ 「協力団体」とは、介護支援専門員等に関する地域の団体です。

※ ご記入いただいた個人情報のうち、氏名、住所、連絡先電話・FAX番号は協力団体に提供いたします。