

送付先 日本介護支援専門員協会 山口県支部 事務局 宛
FAX：083-976-4469 平成 年 月 日

日本介護支援専門員協会 介護支援専門員ボランティア登録書

フリガナ				性別	
氏 名				男 / 女	
会員種別 該当箇所に☑		☐ 会 員（日本介護支援専門員協会会員番号： — ） ☐ 非 会 員			
所属都道府県 支部名					
主任介護支援 専門員の有無		☐ あり ☐ なし		自動車運転 免許の有無 ☐ あり ☐ なし	
自 宅	住 所	(〒 —)			
	電話番号		FAX		
	E-mail				
勤 務 先	名 称				
	法人種別	居宅介護支援事業所／介護老人保健施設／介護老人福祉施設／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／看護小規模多機能型居宅介護／その他（ ）			
	住 所	(〒 —)			
	電話番号		FAX		
	E-mail				
携 帯	電話番号				
	アドレス	※@jcma.or.jp ならびに @y-cma.jp からのメールが受信できるよう、設定をお願いします。			
希望する活動内容 該当箇所に☑		☐ ①現地の介護支援専門員の業務支援 ☐ ②地域の高齢者の実態把握 ☐ ③要介護高齢者への支援状況の確認と情報収集			
派遣期間		平成 30 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 を希望			
現地での活動について		家 族： ☐ 承諾（承認）済 / ☐ 未承諾（未承認） 勤務先： ☐ 承諾（承認）済 / ☐ 未承諾（未承認）			

※お預かりした個人情報は介護支援専門員ボランティアの事務に使用するほか、現地（被災地）の介護支援専門員協会や関係団体と共有させていただくことがあります。

☐ 承諾します 署名: _____ 印 / ☐ 承諾しません