



【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

- 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
- 3 研修時に支払う



カシワニネット

\*総会、研修時に支払いをされる方は、事前にFAXにて申込書をお送りください。  
\*振込の方は、大変お手数ですが申込書送付後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
	施設	年		
	その他	年		
				有・無

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 (カワミック)			済・未				

※会員かつカワニネット (カワミック) 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 (カワミック) 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	円
おなまえ				
依頼人	様			
料金	円	日	附	印
備考				

記載事項を訂正した場合は、その箇所を訂正印を押してください。

※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	