

大阪府認知症ケア専門士会 入会のご案内

日本認知症ケア学会の承認を得て、「大阪府認知症ケア専門士会」を設立しました。

本会では大阪府内の認知症ケア専門士の方を対象に認知症ケアに対する優れた学識と高度の技能、及び倫理観を備えた認知症ケア専門士を養成するとともに、各地域における認知症ケアの知識および向上ならびに保健・福祉に貢献、認知症ケアに関する研究等の活動を行うことを目的としています。

大阪府内に在住、在職の認知症ケア専門士で、本活動に参加したいという方を募集しています。年会費は3,000円（入会金は無料・途中入退会での減額なし）となっています。

入会期間は6月から翌年5月の1年間。更新は毎年（5月）必要となります。

入会を希望される方は、必要事項をご記入の上、下記までFAXまたはメールでご連絡ください。

★★★主な活動★★★

- 1.認知症ケア専門士の知識および技術の研鑽に関する事業
- 2.認知症ケアを必要とする地域住民の生活を支援する事業
- 3.地域住民の認知症ケアに関する知識および技術の普及・啓発に関する事業
- 4.その目的を達成するために必要な事業

○問い合わせ先

大阪府認知症ケア専門士会 事務局

合同会社勝和 椿訪問看護ステーション 小原 鶴美

電話 0721-29-9610

FAX 0721-29-9610

E-mail tsubaki.hokan@gmail.com

■振込先

ゆうちょ銀行（金融機関コード：9900）

（口座記号）14010 （口座番号）62942501

（口座名）オオサカフニンチショウケアセンモンシカイ

▼他金融機関からの振り込みの場合

「店名」四〇八（ヨンゼロハチ） 「店番」408

「預金種目」普通預金 「口座番号」6294250

<FAX または E-mail 送信先>

合同会社勝和 椿訪問看護ステーション 小原 鶴美 宛

(FAX) 0721-29-9610

(E-mail) tsubaki.hokan@gmail.com

入会届専用

申込年月日	年 月 日		
フリガナ		資格 (あてはまるものに○)	
氏名		医師・薬剤師・保健師・看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 社会福祉士・介護福祉士	
性別	男 ・ 女	介護支援専門員・ホームヘルパー	
生年月日	年 月 日	その他 ()	
専門士番号		上級専門士	有 ・ 無
自宅住所	〒		
	電話：	FAX：	
	E-mail：		
所属先住所	〒		
	電話：	FAX：	
	E-mail：		
連絡先 (いずれかに○)	自宅 ・ 所属先		
大阪府専門士会に希望すること			
備考			

※ご記入いただいた個人情報は、大阪府認知症ケア専門士会の運営以外の目的では使用致しません。

<事務局記入欄>

受付日		入金日	
会員番号			

<FAX または E-mail 送信先>

合同会社勝和 椿訪問看護ステーション 小原 鶴美 宛

(FAX) 0721-29-9610

(E-mail) tsubaki.hokan@gmail.com

退会届専用

申込年月日	年 月 日	
フリガナ		専門士番号
氏名		
性別	男 ・ 女	大阪府専門士会 会員番号
生年月日	年 月 日	
退会理由をお聞かせください		
備考		

※ご記入いただいた個人情報は、大阪府認知症ケア専門士会の運営以外の目的では使用致しません。

<事務局記入欄>

受付日			
会員番号			

<FAX または E-mail 送信先>

合同会社勝和
椿訪問看護ステーション 小原 鶴美 宛
(FAX) 0721-29-9610
(E-mail) tsubaki.hokan@gmail.com

更新又は変更どちらかにご記入ください

更新届	毎年の更新時にご提出ください。
変更届	登録事項に変更がある時にご提出してください

※更新及び変更の方は必ずご記入ください。

届出年月日	年 月 日	
フリガナ		専門士番号
氏 名		
性 別	男 ・ 女	大阪府専門士会 会員番号
生年月日	年 月 日	

※変更の方は変更する項目のみご記入ください。

フリガナ			
氏 名		性 別	男 ・ 女
自宅住所	〒		
	電話：	FAX：	
	E-mail：		
所属先住所	〒		
	電話：	FAX：	
	E-mail：		
連絡先 (いずれかに○)	自宅 ・ 所属先		

※ご記入いただいた個人情報は、大阪府認知症ケア専門士会の運営以外の目的では使用致しません。

<事務局記入欄>

受付日		入金日	
会員番号			