

# 【全会員対象：会員情報更新のお願い要返信】

会員情報の更新確認のため下記記入欄へご記入いただき、事務局へ FAX（06-6766-3632）またはご郵送（〒542-0012 大阪市中央区谷町 7-4-15）ください。また右の QR コードの WEB 入力用ページからも入力可能です。（<https://pro.form-mailer.jp/fms/ccba525d197197>）  
FAX・郵送・WEB のいずれかの方法でお知らせください。



フリガナ		会員番号	介護福祉士登録番号	第	—	号
氏名		270—	生年月日		年	月 日
自宅住所	〒 —					
電話番号 (携帯可)	— —		FAX	— —		
(ヨミ)	例セ <sup>゜</sup> ロハイフンオーエスエーケーエート <sup>゜</sup> ツシ <sup>゜</sup> エービ <sup>゜</sup> ー					
E-mail	例 0-osaka.jp		@			
勤務先 種別 (あてはまる ものに○)	高齢者 福祉	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設（介護医療院）・ 訪問介護・通所介護（訪問入浴介護）・通所リハビリテーション・ 小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護・居宅介護支援・ 養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム・ 定期巡回随時対応型訪問介護看護・その他高齢者福祉に関する事業所				
	児童福祉	児童福祉施設（入所系）・児童福祉施設（通所系）・その他児童福祉に関する事業所				
	障害者 福祉	生活介護・療養介護（病院）・共同生活援助（グループホーム）・ その他障害者福祉に関する事業所				
	生活保護	救護（更生）施設・その他生活保護に関する事業所				
	教育機関	教育・研究機関				
	その他	医療機関（一般、療養病床）・社会福祉協議会・ 福祉関連一般企業（福祉機器販売等）・地方公共団体（福祉事務所）・ 介護福祉関係で上記に当てはまらない・介護福祉以外・現在職についていない				
勤務先 名称	例：社会福祉法人●●特別養護老人ホーム■					
勤務先 所在地	〒 — TEL — — FAX — —					
職種			送付先	自宅 ・ 勤務先		
資格取得 方法 (あてはまる ものに○)	実務経験・養成施設卒業・福祉系高校卒業国家試験合格・平成 28 年度までに養成施設卒業 【平成 29 年度以降養成施設卒業者は下記の選択肢に○】 国家試験合格・資格登録有効期限内・資格登録有効期限内に国家試験合格					