

公益社団法人 全日本鍼灸マッサージ師会 入会申込書

☆ 以下に記載の個人情報について、公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会が別紙の取扱いを行うことに同意のうえ、入会を申し込みます。

※会員種別	・正会員		会員番号			
	・準会員 ※(免許取得後5年未満・正会員の施術所勤務)					
フリガナ			入会申込年月日		入会年月日	
氏名(漢字)	姓	名	平成 年 月 日	印	全鍼師会	平成 年 月 日
					所属師会	平成 年 月 日
性別	※ (男 ・ 女)		生年月日	※ (昭和 ・ 平成) 年 月 日		
自宅住所	〒 — —					
自宅電話番号	— —		自宅FAX番号	— —		
開設又は勤務先施術所名			施術所開設者名			
			施術所開設年月日		年 月 日	
施術所住所	〒 — —					
施術所電話番号	— —		施術所FAX番号	— —		
※施術所の開設者・勤務者区分	・ 施術所の開設者である (鍼灸マッサージの免許を有する雇用者数 人)					
	・ 施術所の勤務者である					
保険取扱	※ (有 ・ 無)		視力区分	※ (晴 ・ 盲 ・ 弱)		
文書送付区分	※ (自宅 ・ 施術所 ・ 勤務先)		送付文字	※ (墨字 ・ 点字 ・ テープ ・ メール)		
Eメールアドレス	@					
URL	http://					

- (注) 1 太枠の中を記入して下さい。
 2 ※欄内の該当箇所を○印で囲んで下さい。
 3 施術所所在地・電話・FAX番号について、自宅と同じ場合は記入不要です。
 4 両面を記入してください。

上記の者は当師会及び公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会の入会資格があるものと認められます。(入会について別紙のとおり疑義がありません。)

平成 年 月 日

一般社団法人

所属師会名 東京都東洋医学療法鍼灸マッサージ師会

所属師会長名

印

処理欄				