

## 公益社団法人 群馬県鍼灸マッサージ師会 入会申込書

フリガナ						
氏名(漢字)				年齢 歳		
性別	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日
自宅郵便番号	—					
自宅住所						
自宅電話番号	—	—	携帯番号	—	—	
自宅FAX番号	自宅電話と同じ・無し		異なる時	—	—	
メールアドレス						
開設または勤務先 施術所名	(または、出張施術のみ はここに○)		施術所 開設者名			
施術所郵便番号	—		開・勤 区分	開設者・勤務者		
施術所住所						
開設年月日	昭・平・令	年	月	日		
施術所電話番号	—		—			
施術所FAX番号	自宅FAXと同じ・無し		異なる時	—	—	
保険(療養費)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・デジ		
鍼免許	厚労大臣免許・厚生大臣免許・[ ]都道府県知事免許・その他[ ]					
鍼免許番号						
// 交付年月日	昭・平・令	年	月	日		
鍼卒業学校名						
鍼卒業年月日	昭・平・令	年	月	日		
灸免許	厚労大臣免許・厚生大臣免許・[ ]都道府県知事免許・その他[ ]					
灸免許番号						
// 交付年月日	昭・平・令	年	月	日		
灸卒業学校名	鍼と同じ	異なる時				
灸卒業年月日	昭・平・令	年	月	日		
マッサージ免許	厚労大臣免許・厚生大臣免許・[ ]都道府県知事免許・その他[ ]					
マッサージ免許番号						
// 交付年月日	昭・平・令	年	月	日		
マッサージ卒業学校名	鍼と同じ	異なる時				
マッサージ卒業年月日	昭・平・令	年	月	日		

(注)太枠の中を記入し、該当箇所は○で囲んでください。

上記の者、公益社団法人 群馬県鍼灸マッサージ師会に入会をお願いします。

令和 年 月 日

公益社団法人 群馬県鍼灸マッサージ師会 代表理事殿

地区名 \_\_\_\_\_

地区長名 \_\_\_\_\_ (印)