

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 (準会員は該当者が希望した場合)	・ 正会員 ・ 準会員 従業員会員 (本会、正会員の施術所に勤務するあはき師) ・ 準会員 新資格者 (一番取得の早い免許が取得後5年未満の者)	会員番号 (全鍼師会にて付与)				
フリガナ		入会申込年月日	入会年月日			
氏名	姓	名	印	令和 年 月 日	全鍼師会にて記載	令和 年 月 日
					所属師会にて記載	令和 年 月 日
性別	※ 男 ・ 女	生年月日	※ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日		
自宅住所	〒					
自宅電話		自宅FAX		自宅携帯電話		
※開設・勤務区分	・ 施術所の開設者である (本人を除いた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					
施術所名		開設者氏名				
開設年月日	※ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日	開設者会員種別	※ 正会員 (入会者が従業員会員の場合は必須) ・ 新資格者		
施術所住所	〒					
施術所電話		施術所FAX		施術所携帯電話		
保険取扱	※ 有 ・ 無	視力区分	※ 晴 ・ 盲 ・ 弱			
文書送付区分	※ 自宅 ・ 開設施設所 ・ 勤務先施設所	送付物の文字種別	※ 墨字 ・ 点字 ・ CD ・ メール			
Eメールアドレス						
URL						
鍼	免許区分	※ 厚生労働大臣 ・ 厚生大臣 ・ () 知事免許				
	免許番号					
	免許登録年月日	※ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日				
	免許交付年月日	※ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日				
	卒業学校名					
卒業年月日	※ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日					
灸	免許区分	※ 厚生労働大臣 ・ 厚生大臣 ・ () 知事免許				
	免許番号					
	免許登録年月日	※ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日				
	免許交付年月日	※ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日				
	卒業学校名	※ 同上 ・ 異なる時 ()				
卒業年月日	※ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日					
マ ッ サ ー ジ	免許区分	※ 厚生労働大臣 ・ 厚生大臣 ・ () 知事免許				
	免許番号					
	免許登録年月日	※ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日				
	免許交付年月日	※ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日				
	卒業学校名	※ 同上 ・ 異なる時 ()				
卒業年月日	※ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日					
処 理 欄						

注意点

1. 太枠の中を記入して下さい
2. 「※」項目について該当する一箇所を「○印」で囲んでください
3. 施術所・勤務先の住所・電話・FAX・携帯電話について、自宅と同じ場合は「同上」とご記入下さい

入会について

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ます。

令和 年 月 日

都道府県師会名

都道府県師会 会長名

印