

会 員 台 帳

フリガナ _____

●氏 名： _____ (男・女) 生年月日： S・H・R 年 月 日

●本 籍： 〒 _____

●自宅住所： 〒 _____

TEL： _____ FAX： _____ PC-E-Mail： _____

携帯番号： _____ 携帯 E-Mail： _____

●施術所(勤務先)の名称： _____

●施術所(勤務先)の所在地： 〒 _____

TEL： _____ FAX： _____ E-Mail： _____

ホームページアドレス：http://www. _____

●施術所開設(勤務開始)年月日： S・H・R 年 月 日

●開 設 者 氏 名： _____

●文書送付先の希望： 住所・施術所・勤務先 (○印)を希望する (原則は施術所とする)

●免許番号と交付年月日： (大臣免許の場合は免許番号を、都道府県知事免許の場合は都道府県名も記載する)

はり師：免許番号 _____ 号(_____ 県) 交付 S・H・R 年 月 日

きゅう師：免許番号 _____ 号(_____ 県) 交付 S・H・R 年 月 日

●他に有する医療関連免許(○印)とその番号および交付年月日：

医師・薬剤師・鍼灸教員・あんま師・柔道整復師・理学療法士・作業療法士・ケアマネ

その他 (_____) 免許番号： _____ 交付年月日： _____

※はり師・きゅう師以外の免許証のコピーも添付すること

●出身鍼灸学校： _____ S・H・R 年 月卒業

●鍼灸学校以外の最終学歴： _____ S・H・R 年 月卒業

●所属する鍼灸関連団体(○印)：全日本鍼灸学会・全日本鍼灸マ師会・その他(_____)

●国民年金 (加入・未加入)

●日鍼会共済制度 (加入・未加入・加入希望)

●鍼灸師賠償責任保険 (加入・未加入・加入希望)

●日鍼会会員名簿掲載 (可・否)

●所属地区名(○印)： 北信 ・ 東信 ・ 中信 ・ 上伊那 ・ 諏訪 ・ 飯伊

●支会受付年月日：令和 年 月 日