

入会申込書

一般社団法人

国際カイロプラクティック師連盟 会長殿

氏名 _____ 印

貴会への入会を希望します。

写真

3.5 × 4.5

3ヶ月以内

上半身正面向・脱帽

氏名	(フリガナ) ----- _____
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 _____年 _____月 _____日生 年齢(満 _____歳) 性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所	(フリガナ) 〒 _____
連絡先	電話番号 _____ FAX _____
カイロ最終学歴	学校名 _____ _____年 _____月 _____日 学年修了・卒業見込み・卒業
勤務先正式名称 (施術所)	(フリガナ) ----- _____
勤務先住所 (施術所)	(フリガナ) 〒 _____
送付物の送付先	<input type="checkbox"/> 現住所(自宅) <input type="checkbox"/> 勤務先(施術所)
医療系取得免許	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> その他(_____)
施術賠償保険	保険会社名 _____ 期間: 開始年(_____年) ~ 現在
施術形態	<input type="checkbox"/> 専業 <input type="checkbox"/> 混合(1. 柔整 2. 鍼灸 3. あんまマッサージ指圧 4. 療術 5. その他)