

一般社団法人 日本保険鍼灸マッサージ師会入会届

一般社団法人
日本保険鍼灸マッサージ師会 代表理事 殿

写真
(4.5cm × 3.5cm)

貴会の趣旨に賛同し入会の届け出をいたします。
なお入会の上は貴会に対し迷惑をかけることなく、
諸規範を遵守することを約束いたします。

フリガナ				
氏 名				生年月日
住 所	〒 _____			
電話番号				FAX
フリガナ				
施術所名				
施術所住所	〒 _____			
電話番号				FAX
e-mail				
鍼灸・出身校				備考
免 許 証	鍼	第 号	年 月 日	都道府県・厚生省 交付
	灸	第 号	年 月 日	都道府県・厚生省 交付
	マッサージ	第 号	年 月 日	都道府県・厚生省 交付
施術所開設予定年月日			年 月 日	
施術所開設届出年月日			年 月 日	
開設届出受領番号			第 号	

※提出時には、免許証の写し及び開設届の写し(任意)を添付すること