

# 公益社団法人 京都府鍼灸マッサージ師会 入会申込書

写真	氏名 ふりがな		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平		
					年 月 日		
	〒 - 電話( ) - Fax( ) -						
	自宅住所 ふりがな						
治療所 または 勤務先	〒 - 電話( ) - Fax( ) -						
	ふりがな						
	住所						
	ふりがな						
名称							
免許の種類		免許の番号等		取得年月日			
鍼		第 号 ( )府・県・厚生大臣・厚生労働大臣		昭・平	年 月 日		
灸		第 号 ( )府・県・厚生大臣・厚生労働大臣		昭・平	年 月 日		
あん摩マッサージ指圧		第 号 ( )府・県・厚生大臣・厚生労働大臣		昭・平	年 月 日		
柔 整		第 号 ( )府・県・厚生大臣・厚生労働大臣		昭・平	年 月 日		
治療室		m <sup>2</sup>	待合室		m <sup>2</sup>		
出張専門							
養成校名				卒業年月日	年 月 日		
視 力		晴・弱・盲		使用文字	活字・点字		
趣 味				障害手帳	有( 級 号)・無		
備 考		会員名簿への記載		自宅・治療所または勤務先・両方			
		郵便物送付先		自宅・治療所または勤務先			
		師会ホームページ(一般向け)に氏名・治療院名・住所・電話番号掲載について		同意する		同意しない	
		所属ブロック		( )ブロック		・住所地 ・勤務先住所	

上記の通り、必要書類を添えて【 理事会承認翌日・理事会承認翌月1日 】からの入会を申し込みます。

平成 年 月 日

氏 名

印

(公社)京都府鍼灸マッサージ師会

会長 殿

事務所記入欄	書類確認		印	入会金/会費		印
	年 月 日			15,000	7,000	
		/				
組織部長記入欄	理事会承認		年 月 日		年 月より入会	
	所 属		( )ブロック			
		ブロック長連絡		年 月 日		