

# 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		年 月 日			
		( )府・県・厚生大臣・厚生労働大臣					
灸		第 号		年 月 日			
		( )府・県・厚生大臣・厚生労働大臣					
あん摩マッサージ指圧		第 号		年 月 日			
		( )府・県・厚生大臣・厚生労働大臣					
柔 整		第 号		年 月 日			
		( )府・県・厚生大臣・厚生労働大臣					
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。

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				
		/							
組織担当者記入欄		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			