

入会申込書（会員用）

一般社団法人 愛知県鍼灸師会会長 殿

貴会の主旨に賛同し、[正会員 ・ 準会員]として入会を申し込みます。

* 準会員は、卒業後3年以内の方です。

令和 年 月 日

| | | | | |
|--|--|----------------|----------------|-----------------------------|
| 氏名 | (フリガナ) <div style="text-align: center;">(印)</div> | 男・女 | 生年月日 | 大正 昭和 平成 年 月 日 |
| 自宅住所 | 〒 | | | |
| | TEL. | FAX | 携帯 | |
| 勤務先名称 | (営業形態) 自営 ・ 勤務 | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | |
| | TEL. | FAX | | |
| ※ 住所は郵便物が確実に届くようにアパート名・番号、若しくは勤務先名までお書きください。 | | | | |
| 郵便物送付先の選択 | | 自宅 ・ 治療院 ・ 勤務先 | | |
| メールアドレス (パソコン・スマホ) | (必須) | | | |
| メールアドレス (携帯) | (必須) | | | |
| ※ メールアドレス(パソコン・スマホ)をお持ちの方は必ずご記入ください。今後、様々な情報をメールにてお知らせします。 | | | | |
| ※ ご家族共用のメールアドレス(パソコン)をお持ちの方もご記入ください。 | | | | |
| ※ 携帯メールの場合、会員メールが開けない事がありますのでご了承ください。 | | | | |
| 免許の種類 | 鍼師免許 | 灸師免許 | あん摩・マッサージ・指圧免許 | |
| 免許番号 | | | | |
| 交付年月日 | | | | |
| その他の資格 | 鍼灸教員 柔道整復師 薬剤師 ケアマネ 看護師 医師 その他() | | | |
| (一社)愛知県鍼灸師会会員名簿掲載の承諾 | | 諾 ・ 否 | | |
| 卒業校名(卒業年度) | | | | |
| 備考 | (本会にご意見ご要望がありましたら、お書きください) | | | |

FAXまたは郵送にてご連絡ください。

FAX : 052-908-0086

郵送 : 〒451-0063

名古屋市西区押切2-2-5

(一社)愛知県鍼灸師会