

# 一般社団法人 中央接骨師会 入会申込書

会員区分	1.正会員 2.賛助会員	口数	口
ふりがな		申込日	
氏名		年月日	
生年月日	西暦 年月日 (才)	性別	1.男性 2.女性
ふりがな			
ご住所	〒□□□-□□□□		
自宅電話	携帯電話		
FAX			
メールアドレス			

現在の状況	<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 未就業
取得資格	<input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 鍼師 <input type="checkbox"/> 灸師 <input type="checkbox"/> あん摩・マッサージ・指圧師 <input type="checkbox"/> カイロプラクター <input type="checkbox"/> 整体師 <input type="checkbox"/> トレーナー <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 特になし
実務経験	資格名 経験( )年 資格名 経験( )年 資格名 経験( )年
備考	

■必要事項をすべてご記入のうえ、FAXまたは郵便にてお送り下さい。

ご郵送の場合／〒175-0094 東京都板橋区成増 2-9-5 成増ビル3F 一般社団法人 中央接骨師会宛て

**FAX 03-5926-4952**