

公益社団法人 愛媛県鍼灸マッサージ師会  
入 会 申 込 書

年 月 日

公益社団法人 愛媛県鍼灸マッサージ師会  
会 長 浦 川 武 之 殿

申込者  
住 所  
氏 名

印

公益社団法人愛媛県鍼灸マッサージ師会定款第3章第6条  
及び公益社団法人愛媛県鍼灸マッサージ師会定款施行規則第  
2章第3条の定めに従い、裏面の会員登録書に必要事項を記入  
の上、各免許証又は免許証明書の写しを添え、入会申し込みを  
致します。

# 公益社団法人 愛媛県鍼灸マッサージ師会

## 会員登録書

(注)※欄内の該当箇所を○で囲んで下さい。

フリガナ				
氏名(漢字)	姓	名		
性別	※(男・女)	生年月日	※(昭和・平成)	年 月 日生

写真 白黒  
上半身  
6ヶ月以内の撮影  
縦3cm横2.5cm

(自宅に関する事項)

自宅郵便番号	—		
自宅住所			
自宅電話番号		携帯電話番号	
自宅FAX番号	※(自宅番号と同じ・無し)	異なる時	

開設・勤務区分	※(1. 開設者 2. 勤務者)	開設者氏名		雇用主氏名	
---------	------------------	-------	--	-------	--

(1. 開設者に関する事項)

施術所名			施術所開設年月日	※(昭和・平成・令和)	年 月 日
保険取扱	※(有・無)	助手有無	※(有・無)	助手人数	人
施術所所在地	※(自宅と同所・自宅外施術所) (注)施術所の所在地が自宅と異なる場合、下記に記入して下さい。				
施術所郵便番号	—				
施術所住所					
施術所電話番号		携帯電話番号			
施術所FAX番号	※(施術所と同じ・無し)	異なる時			

(2. 勤務者に関する事項)

勤務先郵便番号	—		
勤務先住所		勤務先名	
勤務先電話番号			
勤務先FAX番号	※(勤務先番号と同じ・無し)	異なる時	

書類送付区分	※(自宅・施術所・勤務先)	視力区分	※(晴・盲・弱)	送付文字	※(墨・点・テープ・メール)
--------	---------------	------	----------	------	----------------

メールアドレス	@	(携帯でも構いません)
URL	http://	
本会メーリングリストへ登録しメールによる情報の受信	※(登録する 登録しない)	不都合な場合は何時でも中止する事ができます。
メールによる機関誌「県師会情報」の受信(携帯は文字数の制約を受けます)	※(希望する 希望しない)	
屋号若しくは氏名、住所、電話番号を本会ホームページ・小冊子で公開	※(希望する 希望しない)	

(免許証に関する事項)

※免許区分及び年月日の欄は昭和-S・平成-H・令和-Rに○を記入ください。

取得免許	免許区分	免許証番号	交付年月日	卒業学校名	卒業年月日
はり免許	厚労・厚生・知事		S H R 年 月 日		S H R 年 月 日
きゅう免許	厚労・厚生・知事		S H R 年 月 日		S H R 年 月 日
マッサージ免許	厚労・厚生・知事		S H R 年 月 日		S H R 年 月 日

※上記の登録内容を中央団体の公益(社)全日本鍼灸マッサージ師会会員登録書に転記いたします。