

一般社団法人全国鍼灸マッサージ協会 入会申込書

正会員(開業者又は雇用者)用

記入例

事務局記入欄

会員番号										入会年月日	西暦	年	月	日
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	----	---	---	---

フリガナ	ゼンシンキョウ タロウ			性別	生年月日					
入会者氏名	全鍼協 太郎			男	女	昭和・平成	XX年	10月	1日	(XX才)
資格(○をつける)	鍼師・灸師・ <u>マッサージ師</u> ・柔道整復師・ <u>ケアマネジャー</u> ・その他()・資格無									
標準パックに(必須)	<input checked="" type="checkbox"/> 加入する <input type="checkbox"/> 加入しない			※「標準パック」とは、療養費等申請を行うのに必要な有料サービスオプションの名称です。詳細は別紙案内をご確認ください。 ←必ずどちらかを選択して下さい。						
自宅	住所	〒103-0001 東京都中央区日本橋小伝馬町1-2-3 ゼンシンハイツ101								
	TEL	03-XXXX-XXXX			FAX	03-XXXX-XXXX				
	携帯	090-XXXX-XXXX			E-mail(必須)	jimu@jamma.org				

*パソコンからのメール受信が可能なメールアドレスをご記入ください。

治療院・又は勤務先	フリガナ	アハキチリョウイン								
	名称	あはき治療院								
	フリガナ	ゼンシンキョウ タロウ								
	代表者名	全鍼協 太郎								
	住所	〒103-0001 東京都中央区日本橋小伝馬町7-16 ニッケイビル301								
	TEL	050-5812-0552			FAX	050-5812-0553				
E-mail*	jimu@jamma.org			*パソコンからのメール受信が可能なメールアドレスをご記入ください。						

出張専門(自宅拠点)の場合は記入不要です。

請求書等送付先 いずれかに○	自宅住所	治療院・勤務先住所
-------------------	------	-----------

*** 以下のご質問にお答えください ***

①当法人を知ったきっかけをお答えください。(該当するものに○)

○紹介(紹介者様: 山田 花子 様)

・ネット検索

・広告(トワック・医道の日本・その他:)

・催事参加(催事名)

②ご入会の動機をお答えください。(複数選択、自由記述可)

・保険加入(賠償責任・所得補償)

・療養費申請(保険取扱い)

・その他()

③就業形態はどちらでしょうか。(該当するものに○)

○施術所開設(または勤務)

⇒開設の場合:分院数()店舗()従業員数()名)

・出張専門

個人情報保護に関する基本方針に同意します。
別紙の反社会勢力ではない表明・確約書の内容に同意します。
標準パックに加入する際は、別紙の療養費等申請規約を順守します。
療養費等申請に関する業務の一部外部委託に同意します。
上記すべてに同意の上、入会を申し込みます。

申込年月日 西暦 2019 年 10 月 10 日

入会者氏名 全鍼協 太郎

事務局記入欄

	JIMU	総括表	書類送付	備考	
入力				開	
チェック				出	
				賠	
				無	

一般社団法人全国鍼灸マッサージ協会 入会申込書

正会員(開業者又は雇用者) 用

事務局記入欄

会員番号		入会年月日	西暦	年	月	日
------	--	-------	----	---	---	---

フリガナ		性別	生年月日
入会者氏名		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	昭和・平成 年 月 日 (才)
資格(○をつける)	鍼師・灸師・マッサージ師・柔道整復師・ケアマネジャー・その他()・資格無		
標準パックに (必須)	<input type="checkbox"/> 加入する <input type="checkbox"/> 加入しない	※「標準パック」とは、療養費等申請を行うのに必要な有料サービスオプションの名称です。詳細は別紙案内をご確認ください。 ←必ずどちらかを選択して下さい。	
自宅	住所	〒	
	TEL	FAX	
	携帯	E-mail (必須)	

*パソコンからのメール受信が可能なメールアドレスをご記入ください。

治療院・又は勤務先	フリガナ			
	名称			
	フリガナ			
	代表者名			
	住所	〒		
	TEL	FAX		
E-mail [※]	*パソコンからのメール受信が可能なメールアドレスをご記入ください。			

請求書等送付先 いずれかに○	自宅住所	治療院・勤務先住所
-------------------	------	-----------

*** 以下のご質問にお答えください ***

①当法人を知ったきっかけをお答えください。(該当するものに○)

- ・紹介(紹介者様: 様)
- ・ネット検索
- ・広告(トピック・医道の日本・その他:)
- ・催事参加(催事名)

②ご入会の動機をお答えください。(複数選択、自由記述可)

- ・保険加入(賠償責任・所得補償)
- ・療養費申請(保険取扱い)
- ・その他()

③就業形態はどちらでしょうか。(該当するものに○)

- ・施術所開設(または勤務)

⇒開設の場合:分院数(店舗) 従業員数(名)

- ・出張専門

個人情報保護に関する基本方針に同意します。
別紙の反社会勢力ではない表明・確約書の内容に同意します。
標準パックに加入する際は、別紙の療養費等申請規約を順守します。
療養費等申請に関する業務の一部外部委託に同意します。
上記すべてに同意の上、入会を申し込みます。

申込年月日 西暦 年 月 日

入会者氏名 Ⓜ

事務局記入欄

	JIMU	総括表	書類送付	備考
入力				開出 賠無
チェック				