

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	女	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						
出身校	（卒業年月： 西暦 年 月）						
紹介者名	（ 様 ） *紹介でのご入会の場合、紹介者又は団体名をご記入ください。						
療養費申請サポートに	☐ 加入する ☐ 加入しない			※「療養費申請サポート」とは、療養費等申請を行うのに必要な有料オプションの名称です。詳細は別紙案内をご確認下さい。 ←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・勤務先・事業所等	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		治療院・勤務先・事業所等			

裏面へ * アンケートの回答にご協力をお願いいたします *

* お申込にあたっての同意事項 *

私は、以下の規約・文書に定める内容に同意の上、入会を申し込みます。

	全国鍼灸マッサージ協会ホームページ ・反社会勢力ではない表明・確約書 ・個人情報保護に関する基本方針 （プライバシーポリシー） ・療養費等申請規約
---	---

申込年月日 西暦 年 月 日

入会者氏名 ㊞

事務局記入欄

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

入会時アンケート

お名前 _____

回答日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

① 当協会を知ったきっかけをお答えください。

- ☐ ご紹介(紹介者名: _____ 様) ☐ インターネット検索 ☐ 再入会
☐ 学校説明会
☐ 当協会開催セミナー(セミナー名: _____)
☐ 協会SNS(X(旧Twitter) Instagram Facebook)
☐ その他媒体(雑誌・WEB等名称: _____)
☐ 業界イベント等催事(開催日: _____ 月 _____ 日/催事名: _____)

② ご入会の動機をお答えください。

- ☐ 賠償責任保険 ☐ 所得補償保険 ☐ 労災保険 ☐ 療養費申請(保険取扱)
☐ セミナー参加 ☐ ボランティア等催事参加 ☐ 情報収集
☐ その他 (_____)

③ 専門科目をお教えてください。

- ☐ 頭痛 ☐ 眼科疾患 ☐ 耳鼻科疾患 ☐ 肩や首のこり ☐ 腰痛 ☐ 頭部(首から上)の疾患
☐ 炎症や損傷による痛み ☐ 胃の不調 ☐ 美容のお悩み ☐ 女性のお悩み ☐ 妊娠に伴う不調
☐ 自律神経失調症 ☐ スポーツによる不調 ☐ 排泄の不調 ☐ 小児 ☐ しびれ・麻痺 ☐ 皮膚疾患
☐ 高血圧・低血圧症 ☐ 精神疾患 ☐ 骨盤の歪み ☐ その他(_____)

④ その他、ご意見やご要望等がございましたらご自由にお書きください。

* ご協力ありがとうございました。今後ともよろしくお願いいたします *

2024.04

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・マッサージ師・柔道整復師・ケアマネジャー・その他()・資格無				
出身校	あはき専門学校 (卒業年月: 西暦 XXXX 年 3 月)				
紹介者名	(鍼灸 花子 様) *紹介でのご入会の場合、紹介者又は団体名をご記入ください。				
療養費申請サポートに	☒ 加入する ☐ 加入しない		※「療養費申請サポート」とは、療養費等申請を行うのに必要な有料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	080-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・勤務先・事業所等	フリガナ	ゼンシンキョウチリョウイン			
	名称	全鍼協治療院			
	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3階			
	TEL	03-XXXX-XXXX	FAX	03-XXXX-XXXX	
	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。	
請求書等送付先 いずれかに○	自宅 治療院・勤務先・事業所等				

裏面へ * アンケートの回答にご協力をお願いいたします *

* お申込にあたっての同意事項 *

私は、以下の規約・文書に定める内容に同意の上、入会を申し込みます。

申込年月日 西暦 20XX 年 1 月 10 日

- 反社会勢力ではない表明・確約書
- 個人情報保護に関する基本方針(プライバシーポリシー)
- 一般社団法人全国鍼灸マッサージ協会 療養費等申請規約

入会者氏名 全鍼協 太郎



同意事項について
ページ下部よりご確認ください

事務局記入欄

	JIMU	書類送付	備考	
入力			開	
チェック			出	
			承	
			賠	