

理事会承認

年 月 日

令和 年 月 日

**協同組合
兵庫県保険鍼灸師会入会届**

**協同組合
兵庫県保険鍼灸師会長 殿**

写真

貴会の趣旨に賛同し入会の届け出をいたします。
なお入会の上は貴会に対し迷惑かけることなく、
諸規範を遵守することを約束いたします。

フリガナ				
氏 名	(印)			生年月日
本 籍				
住 所	〒 —			
電話番号				FAX
フリガナ				
施術所名				
施術所住所	〒 —			
電話番号				FAX
e-mail				
鍼灸・出身校				備考
免 許 証	鍼	第 号	年 月 日	都道府県 ・ 厚生省 交付
	灸	第 号	年 月 日	都道府県 ・ 厚生省 交付
	マッサージ	第 号	年 月 日	都道府県 ・ 厚生省 交付
施術所開設予定年月日		年 月 日		
施術所開設届出年月日		年 月 日		
開設届出受領番号		第 号		

※この入会届の提出時には、必ず免許証及び開設届の写しを添付すること