

## 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**



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**