

JAC 入会申込書

有限責任中間法人日本カイロプラクターズ協会（JAC）事務局
〒105 0004 東京都港区新橋 6 - 21 - 3 U-MAX ビル 4 F
電話 & FAX : 03-3578-9390
メール : info@jac-chiro.org

私は有限責任中間法人日本カイロプラクターズ協会に入会するにあたり、規約を守り連帯感と情熱を持って業界の発展と国民の健康に寄与することを誓います。

申し込み 年 月 日

氏名 印

ごあんない

- 1) 入会資格は国際基準のカイロプラクティック大学卒業生および前記の大学で履修している者。および本会が承認した CSC プログラムを修了した者。あるいは理事会が特に必要と認めた有識者。
- 2) 入会金は 60,000 円、年会費は 30,000 円。(会則 29 条・30 条)
- 3) 裏面にはできるだけ詳しく記入してください。
- 4) 申請に必要な書類の確認
 1. JAC 入会申し込み書
 2. 大学、CSC コース修了書もしくは学生証のコピー
 3. 6 ヶ月以内に撮影した写真 1 枚
 4. 治療所の看板、入り口の写真、治療所内の写真各 1 枚
 5. 治療所の料金表の写真 1 枚 (自由診療を証明するもの)
 6. 名刺、パンフレットなど印刷物で名称及び所在地を証明できるもの
 7. カイロプラクティック賠償保険証明書のコピー
 8. 使用しているカイロプラクティック治療簿(カルテ)
- 5) ご不明な点がありましたら JAC 事務局までご連絡下さい。

氏名	(フリガナ)	写真貼付 3ヶ月以内 上半身正面向 脱帽
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 生まれ 年齢(満 歳) 性別: 男 女	
現住所 (自宅)	(フリガナ)	
	〒 - 電話番号 FAX	
勤務先正式名称 (治療所)	(フリガナ)	
勤務先住所 (治療所)	(フリガナ)	
	〒 - 電話番号 FAX	
送付物の送付先	現住所(自宅) 勤務先(治療所)	
医療免許等	医師 歯科医師 柔道整復師 鍼師 灸師 理学療法士 作業療法士 看護師 按摩マッサージ指圧師 その他()	
最終学歴(高校、大学、医療系専門学校、カイロプラクティック大学)		
卒業年月日	学校名	
カイロ賠償保険	保険会社名: 期間: 開始年()年 ~ 現在	
治療形態	専業 混合(1. 柔整 2. 鍼灸 3. 按摩マッサージ指圧 4. 療術 5. その他)	
現在使用している テクニック名	ディパーシファイド ガンステッド AK ローガン HIO トムソン コックス SOT アクティベータ AO ニモ その他()	
使用している リスティング名	ナショナル・ディパーシファイド・リスティング パーマー・ガンステッド・リスティング 上記以外のリスティング() リスティングを使用していない	