

# 入会申込書

免許証用写真  
縦 3cm×横 2.4cm  
6ヶ月以内に撮影した  
もの。無帽で正面

会長 内田輝和 殿

私儀、このたび 公益社団法人 岡山県鍼灸師会に入会したく、入会金、年会費を添えて申し込みますのでよろしくお願いいたします。

平成 年 月 日

会 員

A・B

ふりがな			男・女	昭和 平成	年	月	日生	
氏名	(印)		電話 ( ) -					
本籍地			視覚障害	有・無	使用文字	墨字・点字		
現住所	〒 - 岡山県					身障者手帳 有・無		
免許業種 及び番号	はり師		きゅう師		あ・マ・指師		柔道整復師	
	厚生労働大臣 都道府県 号		厚生労働大臣 都道府県 号		厚生労働大臣 都道府県 号		厚生労働大臣 都道府県 号	
取得年月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
出身鍼灸学校	年 月 日卒							
開設場所	ふりがな			電話( ) -				
	名称			FAX( ) -				
	所在地	〒 - 岡山県						
	開設者名			開設年月日	年 月 日		ベッド数	床
	面積	治療室	m <sup>2</sup>	消毒器名			ディスプレイ針	使用・不使用
勤務先	ふりがな			電話( ) -				
	名称			FAX( ) -				
	所在地	〒 - 岡山県						
	責任者名			消毒器名	ディスプレイ針 使用・不使用			
(公社)日鍼会	加入・未加入						年 月 日入会	
地方師会	加入・未加入						年 月 日入会	
(社)県マ会	加入・未加入	A・B会員					年 月 日入会	
中央業団	加入学会名					健保取扱希望・有		
Email			ホームページ	http://				

- \* はり師・きゅう師の免許証のコピー（A4サイズ）を各一部添付すること
- \* B会員に入会希望者で、勤務者は勤務証明書・マッサージ師会A会員は在籍証明書を添付すること
- \* 書類送付希望の場所（現住所・開設場所・勤務先）のどれかを丸で囲むこと

# (公益社団法人) 岡山県鍼灸師会に入会の方へ



## 入会資格

はり師・きゅう師の免許証を所持し、岡山県内に居住または施術所を開設されている方。  
開業・未開業は問いません。

## 必要書類

1. 入会申込書（記入欄はすべて記入してください） 別紙あり
2. 写真（運転免許証用写真の大きさ）
3. はり師・きゅう師免許証のコピー各1部（A4で）

## 入会金および年会費

入会金	20,000 円
年会費	A会員 15,000 円
	B会員 9,000 円

\*（公社）岡山県鍼灸師会の会員にはA・B会員の種別をしています。

A会員：開業はり師・きゅう師

B会員：A会員以外（勤務はり師・きゅう師および（社）岡山県マッサージ師会A会員、他）

※ 入会申込書、写真、免許証のコピー（A4判）を下記へ送付と同時に、同封の郵便振替用紙にて入会金および会費納入をお願いします。

<入会申込書送付先>

組織部 赤枝 壽士 宛  
〒701-4273 瀬戸内市長船町磯上 1949-1  
TEL (0869) 26-4430

<郵便振替先>

口座番号 01270=6= 3007  
社団法人岡山県鍼灸師会

(公社) 岡山県鍼灸師会の地区割		地区担当者	
岡山地区	岡山市・赤磐市	落 吉生	(086)276-3367
倉敷地区	倉敷市・総社市・浅口市・里庄町・都窪郡	芦田 徹	(086)470-0366
玉野地区	玉野市	尾家 忠士	(0863)81-2264
美作地区	津山市・美作市・真庭市・英田郡・勝田郡・加賀郡・久米郡・真庭郡・苫田郡	木多 義則	(0868)26-3292
東備地区	備前市・瀬戸内市・和気郡	赤枝 壽士	(0869)26-4430
備西地区	井原市・笠岡市・小田郡	西江 昭三	(0866)67-0395
備北地区	新見市・高梁市	高松 信彦	(0867)76-1216

# 勤 務 証 明 書

住 所	
氏 名	
就 職 年 月 日	平成 年 月 日
勤 務 地	

公益社団法人 岡山県鍼灸師会 会長 様

上記のものは当院(所)に勤務していることを証明いたします。

平成 年 月 日

住 所

\_\_\_\_\_

名 称

\_\_\_\_\_

代 表 者

\_\_\_\_\_



電話番号 ( ) -

- 注意
- 1 就労確認のため、職場に電話をかけることもありますのでご了承ください。
  - 2 書類提出後、記載事項に変更がある場合は再提出してください。

# 在籍証明書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

公益社団法人 岡山県鍼灸師会 会長 様

上記のものは当師会にA会員で在籍していることを証明いたします。

平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_ 社団法人 岡山県マッサージ師会

代表者 \_\_\_\_\_



電話番号 ( ) -

- 注意
- 1 在籍確認のため、電話をかけることもありますのでご了承ください。
  - 2 書類提出後、記載事項に変更がある場合は再提出してください。