

様式 1

入会申請書

日本オステオパシー学会 (JOA)

会長 小嶋 智 殿

写真
3cm × 3cm
6ヶ月以内

私は、貴学会の趣旨目的に賛同し、貴学会への入会を申請いたします。

申請日 20 年 月 日

フリガナ		生年月日	(満 歳)	
氏 名		西 暦 :	年 月 日	
郵便番号	—	電 話	—	—
フリガナ				
住 所				
メールアドレス				
★以下の欄は、医療関係の免許資格者のみお書き下さい。				
施術資格名	1.	2.		
施術養成施設	年 月 日		卒業	
※ 開業・勤務	代表者氏名	勤 続	年 月	
職 種 ・ 名 称		電 話	— —	
所 在 地	〒 —			
★以下の欄は、医療関係の免許の無い方のみお書き下さい。				
最終学歴	年 月 日		卒業	
※ 自営・勤務	代表者氏名	勤 続	年 月	
職 種 ・ 名 称		電 話	— —	
所 在 地	〒 —			
共 通 記 入 欄				
参加したJOA セミナーの名称	1.	2.	3.	
	4.	5.		
JOA会員の推薦者 署名				
所属している手技療法の団体名				
同上 の 役 職 名				

注 ※印のところは選択して○で囲む。

JOA	受付	入会承認書	手続完了	会員資格	会員番号
使用欄	/ /	/ /	/ /	正・準	No.

履歴書

20 年 月 日 現在

氏 名		
生 年 月 日 西 暦 :		年 月 日 生 れ
満 歳		
学 歴		
年 月 日		高等学 校 卒 業
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
職 歴		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
施 術 以 外 の 免 許 ・ 資 格 ま た は 特 技		
賞 罰		
上 記 の と お り 相 違 あ り ま せ ン。		