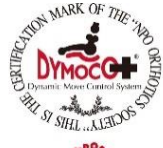


請求		領収		送付		入力	
----	--	----	--	----	--	----	--

会員番号

(記入しないでください)



Orthotics Society

特定非営利活動法人(NPO)
オーソティックソサエティー

正会員入会申込書

写真貼付

タテ 4cm

×

ヨコ 3cm

特定非営利活動法人 (NPO) オーソティックソサエティー 御中
私は、貴法人の趣旨に賛同し、入会申込を申請いたします。

ふりがな				性別	男・女
氏名					
生年月日	(西暦)	年	月	日	(歳)
ふりがな					
自宅住所	〒				
TEL :	FAX :	E-mail :			
所属先(勤務先)					
ふりがな					
所属先住所	〒				
TEL :	FAX :	E-mail :			
主要連絡先	自宅 / 所属先 (当法人からの郵便物の郵送先を○で囲んでください)				
職種 □にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 医師 () 科 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> JATI-ATI <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 按摩・マッサージ・指圧師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 靴製造 (卸・小売り) <input type="checkbox"/> 学生 (学校名) <input type="checkbox"/> その他 ()				
資格免許種類					
取得年月日					
免許番号					

- 個人情報の取り扱いにあたっては、会からの情報連絡、また講習会主催会社である株式会社ドクターズデモコからの情報連絡(講習会案内、会員特典案内)以外には使用いたしません。
 - 当法人は、個人情報の漏洩、破壊、改ざんなどを防止するための必要かつ適切な措置を講じ、会員の個人情報を安全かつ適切に管理します。
- ※本書はあくまでも申し込みであり、理事会の承認を以て入会決定とします。

誓約書

(西暦) 年 月 日

特定非営利活動法人 (NPO)

オーソティックソサエティー 理事長 内田俊彦 殿

住所

氏名



印 (必ず押印してください)

この度、特定非営利活動法人 (NPO) オーソティックソサエティーの入会に際し、貴法人の規則を厳守することを誓約いたします。万一違反した場合は、除名されても異議を申しません。