

第1種 JCR 認定登録カイロプラクター 申請書

申請区分		新規登録 第1種		写真 若しくは 画像データ 4cm×3cm
登録申請者 情報	(ふりがな) 氏名			
	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	生年月日 年 月 日 (満 歳)	
	連絡先 (郵送物 送付先)	〒 - 電話番号		
	E-mail			
	(ふりがな) 勤務先オフィス名			
	勤務先オフィス (連絡先と同じ場合は省略可)	〒 - 電話番号		
	URL (勤務先)			
	医療免許等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 鍼師 <input type="checkbox"/> 灸師 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	修了したカイロプラクティック 教育機関/プログラム	<input type="checkbox"/> 各 CCE 認可 (基準) フルプログラム <input type="checkbox"/> JAC 承認 CSC プログラム <input type="checkbox"/> 臨床カイロプラクティックプログラム (安全教育プログラム) <input type="checkbox"/> 国内カイロプラクティック養成学校 教育機関名もしくは教育プログラム名: 卒業年月: 年 月		
	日本国もしくは外国の刑法により、有罪となり判決が確定したことがありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
日本国もしくは外国で入国拒否、退去命令又は処罰されたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
申請日		年 月 日		

※ 申請の際にご郵送もしくはメールでご送付いただくものは次の二点です。

- ① 登録申請書 ② カイロ卒業証書 (修了証) の写し

下記は当機構事務局で記入します。

登録番号

受付日

年 月 日

注) 申請者は太枠内と署名欄を記入すること。記入漏れがあると受け付けできません。

第2種 JCR 認定登録カイロプラクター 申請書

申請区分		新規登録 第2種		写真 若しくは 画像データ 4cm×3cm
登録申請者 情報	(ふりがな) 氏名			
	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	生年月日 年 月 日 (満 歳)	
	連絡先 (郵送物 送付先)	〒 - 電話番号		
	E-mail			
	(ふりがな) 勤務先オフィス名			
	勤務先オフィス (連絡先と同じ場合は省略可)	〒 - 電話番号		
	URL (勤務先)			
	医療免許等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 鍼師 <input type="checkbox"/> 灸師 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	修了したカイロプラクティック教育機関/プログラム	<input type="checkbox"/> 各 CCE 認可 (基準) フルプログラム <input type="checkbox"/> JAC 承認 CSC プログラム <input type="checkbox"/> 臨床カイロプラクティックプログラム (安全教育プログラム) 教育機関名もしくは教育プログラム名: 卒業年月: 年 月		
	日本国もしくは外国の刑法により、有罪となり判決が確定したことがありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
日本国もしくは外国で入国拒否、退去命令又は処罰されたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
申請日		年 月 日		

※ 申請の際にご郵送もしくはメールでご送付いただくものは次の三点です。

①登録申請書 ②カイロ卒業証書(修了証)の写し ③ a)~c)のいずれかの証明書の写し

a) JCR 登録試験の合格証明書、b) NBCE 試験パート I&II 合格証明書、c) 法制化国(州) 開業免許/資格

下記は当機構事務局で記入します。

登録番号

受付日

年 月 日

注) 申請者は太枠内と署名欄を記入すること。記入漏れがあると受け付けできません。

第1種 JCR 認定登録カイロプラクター 更新申請書

申請区分		更新 第1種
登録申請者 情報	申請日	年 月 日
	(ふりがな) 氏 名	
	JCR 登録番号	
	連絡先 (郵送物 送付先)	〒 - 電話番号
	E-mail	
	更新の時点で、日本国もしくは外国の刑法により、有罪となり判決が確定したことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	更新の時点で、日本国もしくは外国で入国拒否、退去命令又は処罰されたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	※前回の申請時から勤務先情報の変更がない場合、以下の情報の記載は必要ありません。	
	(ふりがな) 勤務先オフィス名	
	勤務先オフィス (連絡先と同じ場合は省略可)	〒 - 電話番号
URL (勤務先)		

※ 更新申請の際にご郵送もしくはメールでご送付いただくものは次の二点です。但し、2026年4月まで単位取得証明書の送付は必要ありません。

- ① 更新申請書 ② 単位取得証明書 (2026年4月以降の提出)

下記は当機構事務局で記入します。

登録番号

受付日

年 月 日

注) 申請者は太枠内と署名欄を記入すること。記入漏れがあると受け付けできません。

第2種 JCR 認定登録カイロプラクター 更新申請書

申請区分		更新 第2種
登録申請者 情報	申請日	年 月 日
	(ふりがな) 氏 名	
	JCR 登録番号	
	連絡先 (郵送物 送付先)	〒 - 電話番号
	E-mail	
	更新の時点で、日本国もしくは外国の刑法により、有罪となり判決が確定したことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	更新の時点で、日本国もしくは外国で入国拒否、退去命令又は処罰されたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	※前回の申請時から勤務先情報の変更がない場合、以下の情報の記載は必要ありません。	
	(ふりがな) 勤務先オフィス名	
	勤務先オフィス (連絡先と同じ場合は省略可)	〒 - 電話番号
URL (勤務先)		

※ 更新申請の際にご郵送もしくはメールでご送付いただくものは次の二点です。但し、2026年4月まで単位取得証明書の送付は必要ありません。

- ② 更新申請書 ② 単位取得証明書 (2026年4月以降の提出)

下記は当機構事務局で記入します。

登録番号

受付日

年 月 日

注) 申請者は太枠内と署名欄を記入すること。記入漏れがあると受け付けできません。