

JCR 選択科目 認定プロバイダー申請書

申請日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

一般財団法人日本カイロプラクティック登録機構 理事長 殿

貴機構の認定登録制度規程ならびに認定プロバイダー申請要件に基づき、認定登録更新時の選択科目に係る講義・研修等を提供する「認定プロバイダー（教育提供団体）」に申請いたします。

団体名	フリガナ		
申請者 団体代表者	フリガナ		印
申請者 生年月日 (西暦)	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 女性
団体 住所	〒 -		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所		
団体 電話番号			
団体 E-mail	※携帯電話のアドレスは不可		
団体 URL			
認定プロバイダー番号 (取得済の場合)			
団体の種類	<input type="checkbox"/> 大学、短期大学、専門学校その他教育機関 <input type="checkbox"/> 社団法人、財団法人、NPO 法人 <input type="checkbox"/> 医療・ヘルスケア関連団体（企業法人含む） <input type="checkbox"/> カイロプラクティック教育関連団体（任意団体含む） <input type="checkbox"/> 当機構がその教育内容を適切と認めた団体 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
申請する 選択科目	・カイロプラクティック学 ・臨床医学 ・基礎医学 ・公衆衛生 ・医療倫理 ・コミュニケーション等 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
受講基準	<input type="checkbox"/> JCR 登録者 <input type="checkbox"/> WHO 指針の教育履修者 <input type="checkbox"/> その他		
認定プロバイダー取得後 HPへの掲載	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
添付書類	<input type="checkbox"/> 団体の概要資料 <input type="checkbox"/> 申請する選択科目の講義・研修一覧表(様式 1-2) ※5 つまで <input type="checkbox"/> 現在有効である団体代表者の JCR 認定登録証の写し		

個人情報保護法を遵守し、申請書に記載された個人情報は管理責任者のもとで適正に取り扱います。

JCR 認定申請 講義・研修一覧

	講義・研修名	開催日時・期間
1	名称 講師名	
2	名称 講師名	
3	名称 講師名	
4	名称 講師名	
5	名称 講師名	

下記は当機構事務局で記入します

事務局管理番号	
付与単位数	1. 2. 3. 4. 5.