

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 4 c m × 3 c m
(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		

登録申請者
情報

※ 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。