一般財団法人 日本カイロプラクティック登録機構

第１種認定登録カイロプラクター　新規登録 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 □ 女 □	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	□医師　□歯科医師　□看護師　□理学療法士　□作業療法士　□鍼師 □灸師　□あん摩マッサージ指圧師　□柔道整復師　□診療放射線技師 □その他（　）			
	修了したカイロプラクティック教育機関/ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ	□ 各 CCE 認可（基準）フルプログラム □ JAC 承認 CSC プログラム □ 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） □ 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？ □ はい　□ 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？ □ はい　□ 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付けできません。