

会長 安田 和正 殿

日マ会「保険部会入会」申込書 (新規・変更)

申込日 令和 年 月 日

下記の通り、日マ会の会員であることを前提として、
本年度保険部会費3,000円を添えて、入会申し込み致します。

ふりがな 氏名	_____ (性別)		
	視覚障害 晴眼	男・女	点字 ・ 墨字
生年月日	・平成・昭和・大正 年 月 日生		
自宅住所 □1.郵便物等送付先	〒 _____		
勤務先住所 □2.郵便物等送付先	〒 _____ 勤務先名		
郵便物等送付先として、1. または 2. のいずれかを選択してください。			
電 話	自 宅(_____) 勤務先(_____)		
	携 帯(_____)		
メールアドレス	_____ (□ パソコン ・ □ 携帯)		情報発信 □希望する □希望しない ※1
免許番号	マッサージ 第 _____ 号 交付日 _____ 年 月 日		
	は り 第 _____ 号 交付日 _____ 年 月 日		
	き ゆ う 第 _____ 号 交付日 _____ 年 月 日		
※有資格者免許のコピーを添付して下さい。			
厚労省から発番された 登録記号番号	_____		
療 養 費 振 込 □ 座	預金者	フリガナ _____	
		□座名義 _____	
	金融機関	銀行名 _____	
		支店名 _____	
	預金種目	普通・当座	□座番号 _____
施術者番号	_____		
入会登録日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
入金確認欄	支払方法: 振込・現金 年月日: _____		確認: _____

※1 チェックがない場合は、希望するとさせていただきます。
太線枠内は、事務局で記載

会員No.