

# カイロプラクター登録申請書

申請区分	新規 (2014年5月末まで仮登録。6月以降から本登録。)			
氏名 (ふりがな)	かいろ ちろう 可井路 太朗		印	
性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日	1970年 1月 1日 (満44歳)	
連絡先	〒105-0003 東京都港区西新橋 3-24-5 電話番号 03-3578-9390 又は 090-0000-0000			
勤務先オフィス名 (ふりがな)	△△△カイロプラクティック オフィス			
勤務先オフィス (連絡先と同じ場合は省略可)	〒 - 電話番号			
E-mail	chiro@chirochiro.chiro			
URL (勤務先)				
医療免許等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 鍼師 <input type="checkbox"/> 灸師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
修了したカイロプラクティック教育機関	<input checked="" type="checkbox"/> 各 CCE 認可フルプログラム <input type="checkbox"/> CSCプログラム 教育機関名： ○△カイロプラクティック 大学 卒業年月： 2000年 1月			

※ 注意 登録申請の際にご郵送頂くものは次の二点です。： ①登録申請書 ②カイロ卒業証書の写し  
 ※ 法制化国の開業免許/資格もしくはNBCE試験合格証明の写しが必要な場合、あわせてご郵送ください。

日本カイロプラクティック登録機構理事長 殿

日本カイロプラクティック登録機構に上記の内容で申請いたします。

署名： 可井路 太朗

平成 26年 7月 1日

下記は日本カイロプラクティック登録機構 事務局で記入します。

登録番号

受付日

平成 年 月 日

注) 申請者は太枠(一)内と署名欄を記入すること。記入もれがあると受け付けできません。