

# 日本クラシカルオステオパシー学会

## —入会申込書—

有限会社HEALTH&HARMONY  
日本クラシカルオステオパシー学会  
代表取締役 松澤 和則 殿  
会 長

私は本会の規約を理解したうえで、入会金、年会費、誓約書、医療免許証〔コピー〕及び証明写真2枚を添え日本クラシカルオステオパシー学会への入会を申し込みます。

申込年月日 年 月 日

※郵便物の送り先、連絡先(自宅か治療室)ご都合の良い方をお書きください。

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) 性別 男・女

〈自宅住所〉 〒 \_\_\_\_\_

TEL( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

〈治療室名称〉 \_\_\_\_\_

〈治療室住所〉 〒 \_\_\_\_\_

TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Eメールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_