

加入申込書

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合 様

この度、貴組合の定款を承認し下記により貴組合に加入致したく申し込みます。

令和 年 月 日

加入申込者名	氏 法 名 人 又 名 は 称 フリガナ				法人 昭・平・令 年 月 日 設立 個人 男・女 昭・平 年 月 日 生						
	住所 〒										
	代表 法人 の者 の名		男 ・ 女	資本の額又は 出資の総額 万円		当組合への 出資総額 (1口3万円) 万円		口			
	昭・平 年 月 日 生										
	E-mail				従業員数						
URL						人					
事業を行う場所 (施術所)	代表者 フリガナ 男・女 昭・平 年 月 日 生										
	施術所名				開設		年 月 日 届				
							年 月 日 開設				
							保健所届出				
	施所 術在 所地 〒										
					TEL FAX						
	免受 許證 委任 申出				(施術所の代表者の免許証、また、すでに厚生局へ受領委任の申出済の場合、ご記入ください。)						
はり師 第 号 年 月 日 取得					きゅう師 第 号 年 月 日 取得						
あマ指師 第 号 年 月 日 取得					あ 登 錄 記 号 番 号		第 号				
柔道整復師 第 号 年 月 日 取得					柔 道 整 復 登 錄 記 号 番 号		第 号				
E-mail				従業員数		うち施術者*					
URL						人					
賠償責任保険加入状況		はりきゅう マッサージ (千万円)		加入済み 加入予定		柔道整復 (千万円)		加入済み 加入予定			
所属	第 支部		紹介者*								
他に所属する団体		所在地 都道府県		会組合							

* 施術者が複数いる時は様式1号の2と合わせて提出すること。 * 紹介者は任意記入。

以下、組合記入欄

理及 事び 長保 面談説 明	理事長面談		<input type="checkbox"/> はりきゅう		<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧		<input type="checkbox"/> 柔道整復	
	令 和 年 月 日		令 和 年 月 日		令 和 年 月 日		令 和 年 月 日	
			担当		担当		担当	
添付 書類	<input type="checkbox"/> 登記簿謄本 <input type="checkbox"/> 履歴書(法人代表者) <input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 開設届出済証							
	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 業務開始届							

理事長	副理事長	専務理事	常務理事	理事	理事	理事

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合理事会入会審査要綱

1. 本要綱は、定款第3章第9条2項に基づきこれを定める。
2. 本組合に加入の申し込みをしようとする者は、次の書類を提出し入会審査を受けなければならぬ。
 - ・加入申込書(様式第1号の1または様式第1号の1と様式第1号の2)
 - ・出資金払込書
 - ・履歴書
 - ・免許証の写し並びに開設届済証の写し(法人にあっては登記簿謄本)
3. 本組合は加入の申し込みがあったときは、理事会において審査し加入の諾否を通知するものとする。ただし、理事会において審査上疑義が生じたときは諾否を保留することができ、理事会召集を求める。
4. 理事会は加入申込者の審査のため、紹介者に必要な問い合わせを行うことができる。
5. 理事会は加入申込者が定款第13条の各号に該当する恐れがあると判断した場合は、加入を拒否することができる。

加入申込書 記入上の注意

*加入申込者名は施術所開設届出済証における開設者になります。開設者が法人の場合は、法人の名称、設立年月日、住所、法人の代表者名などを記載の上、あわせて「事業を行う場所」に施術所の名称、代表者、所在地などをご記入下さい。

*総従業員数には資格の有無にかかわらず、受付やドライバーなど全てを含めた人数をご記入下さい。

*雇用している従業員が一人以上いる場合は、様式第1号の2号『施術管理者届および施術者名簿』と合わせて提出して下さい。

*加入時また変更時には7日以内に書類(免許証の写し・開設届出済証写し・登記簿謄本)を添えて提出して下さい。

施術管理者届および施術者名簿

組合員名		ID	1	0	0			0	1
施術所名									
		院長名							
施術所住所	〒								
TEL	*								
FAX	*								

*の欄は様式第1号の1と同じでしたら記載不要です。

施術管理者名		生年月日				昭和 年 月 日			
厚生証届番号	はり師 第 号 年 月 日取得	きゅう師 第 号 年 月 日取得							
	あん摩マッサー ジ指圧師 第 号 年 月 日取得	あ 登 録 記 号 番 号	は き 第					号	
	柔道整復師 第 号 年 月 日取得	柔 道 整 復 登 記 号 番 号	第					号	
施術管理者名		生年月日				昭和 年 月 日			
厚生証届番号	はり師 第 号 年 月 日取得	きゅう師 第 号 年 月 日取得							
	あん摩マッサー ジ指圧師 第 号 年 月 日取得	あ 登 録 記 号 番 号	は き 第					号	
	柔道整復師 第 号 年 月 日取得	柔 道 整 復 登 記 号 番 号	第					号	

勤務施術者名簿						
	施術者名	はり師免許	きゅう師免許	あん摩マッサー ジ指圧師免許	柔道整復師免許	
1		第 号	第 号	第 号	第 号	号
2		第 号	第 号	第 号	第 号	号
3		第 号	第 号	第 号	第 号	号
4		第 号	第 号	第 号	第 号	号
5		第 号	第 号	第 号	第 号	号
6		第 号	第 号	第 号	第 号	号
7		第 号	第 号	第 号	第 号	号
8		第 号	第 号	第 号	第 号	号

注 1 雇用している従業員が一人以上いる場合は第1号の1と合わせて提出して下さい。

2 代表者が資格を持たない施術については、資格保持者を施術管理者として届け出て下さい。

3 分院がある場合は分院ごとに届け出て下さい。

4 加入時また変更時には7日以内に書類(免許証の写し・開設届出済証写し)を添えて提出して下さい。

*療養費申請時の確認の目的以外には使用致しません。