

一般社団法人 代替療法師会
代替療法師会 入会申込書

- ※ 紹介者がいらっしゃる場合はご記入ください。
- ※ 紹介者を強要するものではありません。

貴会会員 _____ 氏 の紹介により入会を申し込みます

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(正会員 賛助会員 学生会員) として入会を希望します。

ローマ字 ふりがな 氏名		生年月日 年齢 性別	S H _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳 男性 女性
所属 団体学校			
代替医療 の種類	複数ある方はその全て		
勤務 先 等	名称	役職名	
	所在地 〒 _____	TEL _____	
自宅 住所	〒 _____		
自宅・携帯電話	取得資格		
E-Mail Address			
フェイスブックページ あり なし			

一般社団法人 代替療法師会

<代替療法師会事務局>

札幌市中央区南9条西6丁目1-1クエストビル(日本カイロプラクティックドクター専門学院内)

電話：011-520-5558 E-Mail：form@jcde-sapporo.jp

FAX：011-520-5559

【プライバシーポリシーについて】

- 会員の個人情報について適正な取得を行い、取得に際しての利用目的の通知等を適切に行うとともに、知り得た個人情報についての正確性の確保、提示した利用目的内での使用を徹底します。
- 個人情報を管理する際は、管理責任者を置き適切な管理を行うとともに、外部への流出防止に努めます。
- 本人の同意を得ずに第三者に情報を提供しません。
- 個人情報保護に関する法令・通達ならびにその他の諸規程を遵守し、個人情報が適正に取り扱われますよう、継続的な改善に取り組んでまいります。また、個人情報の取扱いに関する苦情に対し、適切・迅速に対処します。