

入 会 申 込 書

氏名		男 女	生年 月日	年 月 日
住所	〒		TEL FAX 携帯 Eメール
勤務				
所在	〒		TEL FAX Eメール
学歴 及 び 職 歴	中学校 年 卒業・中退 高校 年 卒業・中退 大学 年 卒業・中退 専門学校 年 卒業・中退			
家族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	職業・学校
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

誓 約 書

私は、北陸カイロプラクティック同友会の会員として誇りを持ち、誰からも信頼される治療家を目指して自己の資質向上に励み、徒手医学を通じて国民の健康福祉に貢献することを誓います。

年 月 日

氏名 _____ 印