

施術所	フリガナ	
	院名	
	〒	—
	フリガナ	
	住所	
	TEL	— —
	FAX	— —
施術管理者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭 平 年 月 日生れ
	〒	—
	フリガナ	
	住所	
	TEL	— —
	免許登録番号	
	免許登録年月日	平成 年 月 日
	契約受領委任番号	契
	共済番号	
	地方共済番号	
	防衛省番号	
	労災番号	
	前勤務先院名	
前勤務先住所		
カルテ	1ヶ月	

アイワ接骨師会 事前審査申込書 2/2

入会申込日	平成 年 月 日			
入金パターン	<input type="checkbox"/>	15日払い 8日必着 → 当月23日入金	<input type="checkbox"/>	45日後払い 15日必着 → 翌月末入金
	<input type="checkbox"/>	75日後払い 15日必着 → 翌々月末入金	<input type="checkbox"/>	100日後払い 20日必着 → 翌々々月末入金
立替 開始月	平成 年 月 施術分から			

御契約者	フリガナ			
	氏名 又は 法人名	印		
	生年月日	昭 平	年	月 日 生れ
	〒	—		
	フリガナ			
	住 所			
	TEL	—		—
	FAX	—		—
	メールアドレス	@		
携帯	—		—	

お振込口座	金融機関	<small>※店名まで記入して下さい</small>		
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座 名義人			

連帯保証人	フリガナ			
	氏名	印		
	生年月日	昭 平	年	月 日 生れ
	フリガナ			
	住 所			
	TEL	—		—
	続 柄	<input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> その他()		