

(社)三重県鍼灸・マッサージ師会 保険部登録届

平成 年 月 日

ふりがな	
施術所住所	〒 ー
ふりがな	
鍼灸(マ師)師 氏名	
ふりがな	
施術所名	
施術所診療時間 および休診日	
施術の種類	はり きゅう マッサージ その他()
電話番号	
Fax番号	
時間外・休日等の 連絡先(携帯電話等)	※申請書に関する問い合わせなど緊急連絡が必要な場合があるため
E-mail アドレス	
鍼灸等保険取り 扱い経験の有無	
振込先金融機関	銀行 支店
	口座番号: 普
	(フリガナ)
	口座名義:
施術所開設者または 管理者が施術者と異 なる場合はその氏名 住所・電話番号	※振込先金融機関口座名義人と受け取り代理人は同じにすることが必要
その他 備考	※保険部では会員の個人情報保護について細心の注意で取り組みますが 患者の個人情報の保護について細心の注意を払って取り組んで下さい

