

認定カイロプラクティック・オフィス申請書

日本カイロプラクターズ協会
Japanese Association of Chiropractors (JAC)

最近6ヶ月以内
の上半身・脱
帽・正面向写真
を貼付してくだ
さい。

サイズ
3 cm × 4 cm

JAC認定オフィス審査会殿

日本カイロプラクターズ協会の認定オフィス審査基準に基づき「JAC認定カイロプラクティック・オフィス」の申請を致します。

認定認可の折にはJAC規約、細則、倫理規定、業務の自主規制を遵守し、認定オフィスとしての義務を守ります。義務不履行になった場合は、速やかに審査会の指示に従います。また、認定オフィスの内容の変更があった場合は、審査会に通知します。なお、退会や廃業の際には速やかに「認定オフィス」の名称を使用しないことを誓います。

申請日：平成 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日	
院長氏名	印	男・女	明治・大正 昭和・平成	年	月 日
フリガナ	〒 -				
現住所					
電話番号	— —	FAX	— —		
携帯電話番号	— —	Eメール	@		
JAC入会年月日	西暦	年 月 日	所属地域ブロック		
使用しているテクニックに “ ”を付けてください。	ディパーシファイド・ガンステッド・AK・アクチベータ・SOT HIO・トムソン・ローガン・その他()				
フリガナ			開業年月日		
オフィス名称			西暦	年	月 日
フリガナ	〒 -				
オフィス住所					
オフィス電話番号	— —	オフィス Eメール	@		
オフィスホームページアドレス	http://				
カイロ教育機関最終学歴			英語対応	可・否	
<p>< 提出必要書類 > 認定カイロオフィス申請書（本紙） オフィス写真（オフィス外観、外看板、料金表、治療室、待合室、各1枚以上） オフィスパンフレット、名刺（院長のみ）、カイロ賠償保険証コピー（治療者全員） 使用中のカルテ及び検査表 オフィス平面図（A4 - 1枚 テーブル・机・椅子・玄関・洗面台・トイレの位置を 表示。尚、手書きでも可）</p>					

裏面に続く

申請する施設において申請者(院長)以外にも治療を行う者がいる場合は必ず以下にご記入ください。

治療とは“アジャストメント”または“治療方針の決定”を指します。

治療者 1	フリガナ		電話番号
	氏名		()
	フリガナ	〒 -	
治療者 2	フリガナ		電話番号
	氏名		()
	フリガナ	〒 -	
治療者 3	フリガナ		電話番号
	氏名		()
	フリガナ	〒 -	
治療者 4	フリガナ		電話番号
	氏名		()
	フリガナ	〒 -	
治療者 5	フリガナ		電話番号
	氏名		()
	フリガナ	〒 -	

個人情報保護法とJAC認定カイロプラクティック・オフィス規定に基づき、収集した個人情報は事業目的の範囲内で使用し、目的範囲外の第三者への提供、開示は行いません。また、個人情報の紛失、破壊、改竄、漏洩、及び不正アクセス等に対して、技術面及び組織面において合理的で適正な安全対策を講じております。