

日本医療研究協会 入会申込書

下記のとおり入会を申込みます。

平成 年 月 日

(フリガナ) 入会者		(日中連絡先) TEL			
ご住所	〒				
登録 施術所	(カナ) 施術所 名称			TEL	
				FAX	
(カナ) 〒	市区町村	都道府県			
(書類送付先) 〒					

▼入会金・年会費

入会金 ※初年度のみ	1,000円
年会費 ※6月1日～	3,000円

【ご注意】

1. 入会金・年会費は、賠償責任保険を途中で解約し退会となった場合でも返金いたしません。また、年度途中加入の際の年会費の割引はございません。
2. 加入明細証書(写)・賠償保険更新等の各種ご案内は、お申し出がない限り登録施術所住所へ送付させていただきます。

▼賠償保険事務連絡先、各種書類送付先が上記と異なる場合はご記入下さい。

名称		TEL	
		FAX	
(書類送付先) ご住所	〒		
入会者との関係	<input type="checkbox"/> 雇用主 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()		

カイロプラクティック・整体に関する賠償責任保険 加入申込書

下記の内容で賠償責任保険への加入を申込みます。

▼ご希望の加入型に○をつけ、加入年月をご記入下さい。

加入型	1型 - 2型	加入日※	平成	年	月	日	保険料	円

※毎月20日過ぎのお申込みについて、最短の加入日は翌々月1日となります。

【ご注意】

1. あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、理学療法士、柔道整復師または作業療法士がその資格に基づいて行う施術に起因する事故は補償の対象となりません。
2. 毎月20日までに申込書提出、保険料の入金確認がされたものについて、翌月1日加入のお取扱いとなります。
3. 解約届のご提出がない限り、保険の満期日まで解約にはなりません。

○加入型

		加入型	
		1型	2型
業務に起因する賠償責任	期間中	3億円	1億円
	免責	1千円	1千円
施設に起因する賠償責任	対人1事故	3億円	1億円
	免責	1千円	1千円
	対物1事故	500万円	300万円
	免責	1千円	1千円
年間保険料		18,510円	13,160円

○事務局使用欄

○加入月別保険料(平成22年6月～) ※年度ごとに保険料が変動します。月途中の加入・解約でも日割による割引はありません。

加入月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
1型	18,510	16,970	15,420	13,890	12,340	10,800	9,260	7,710	6,170	4,630	3,090	1,550
2型	13,160	12,070	10,960	9,870	8,780	7,670	6,580	5,490	4,380	3,290	2,200	1,100

上記に必要事項をご記入の上、郵送またはFAXいずれかにてお申込み下さい。

送付先: 〒351-0101 埼玉県和光市白子3-5-52 日本医療研究協会 入会係 FAX 048-467-0764