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。　　令和　　年　　月　　日

(フリガナ) 入会者	㊞	TEL
ご住所	〒	
登録施術所 施術所名称	(カナ)	TEL FAX
登録施術所 施術所所在地 (書類送付先)	〒□□□-□□□□　都道府県　市区町村 (カナ)	

▼入会金・年会費

入会金 ※初年度のみ	1，000円
年会費	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された場合でも返金いたしません。また年度途中で加入の際の年会費の割引はございません。

2．加入明細書・領収書や賠責保険更新等のご案内は、お申し出がない限り登録施術所の住所へ送付させていただきます。

▼当会からの連絡は原則として上記の登録施術所宛となります。　異なる連絡先をご希望の場合は以下にご記入下さい。

名称		TEL FAX
ご住所 (書類送付先)	〒	
入会者との関係	□本人　□雇用主　□家族　□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※	令和　　年　　月 1 日	保険料	円

【ご注意】

1. あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、理学療法士、作業療法士または柔道整復師が、その資格に基づいて行う施術に起因する事故については、補償の対象となりません。
2. 毎月25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。

		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：〒173-0027 東京都板橋区南町 45-15 アネックス A　日本医療研究協会

ＦＡＸ：０３－５９２６－４９５２

202005