



# PCA 会員登録書

登録日：平成 年 月 日

【フリガナ】 \_\_\_\_\_

【氏名】 \_\_\_\_\_

会員No: \_\_\_\_\_

【生年月日】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 性別: 男 女

【自宅】 〒 \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

携帯: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

【治療拠点】 [ 1. 自宅 2. 勤務先 ] 【出張治療の有無】 [ 有・無 ]

- ※ ・治療拠点がいくつかある場合は主な拠点をご記入ください。
- ・勤務先がない場合は勤務先名称に「なし」と必ずご記入ください。

【勤務先】 名称: \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

ホームページ URL: \_\_\_\_\_

治療拠点が  
複数ある方は  
チェックして  
下さい

【学生の方】 卒業: 平成 年 月 卒業予定

学校名: \_\_\_\_\_ 学年: \_\_\_\_\_ 年生

(どれか一つに○をしてください) ⇩

【緊急時連絡先】 [ 1. 自宅電話 2. 勤務先電話 3. 携帯電話 4. E-Mail ]

【封書等送付先】 [ 1. 自宅 2. 勤務先 ]

【お知らせ等送信先】 [ 1. 自宅FAX 2. 勤務先FAX 3. E-Mail 4. ( ) ]

(治療に関する資格に○をして内容をご記入下さい) ⇩

[ 1. 国家 2. 民間 ] \_\_\_\_\_ 年 月 取得

[ 1. 国家 2. 民間 ] \_\_\_\_\_ 年 月 取得

[ 1. 国家 2. 民間 ] \_\_\_\_\_ 年 月 取得

現在の所属団体の有無: 有 無 (所属団体による差別は一切行いません)

所属団体名: \_\_\_\_\_

※ 本登録書で知り得た個人情報は一切、外部に公表いたしません