

# WAAIM認定資格取得申請書

		申請日（西暦）	年	月	日
フリガナ		フリガナ			
氏名		所属施設名			
氏名ローマ字					
生年月日	（西暦）	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
会員種別	<input type="checkbox"/> WAAIM正会員① <input type="checkbox"/> WAAIM正会員②		会員No.		
住所	〒				
電話番号		FAX			
メールアドレス					

※ご記入いただいた個人情報につきましては、申請に関するご連絡並びに当学会からのご案内以外には使用しません。

## ■申請内容

※該当する項目欄にレ印をご記入ください。

申請種別	<input type="checkbox"/> WAAIM認定医 <input type="checkbox"/> WAAIM認定師
資格・職業	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床検査士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 保健士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他 _____ ◆診療科目 _____ <input type="checkbox"/> 柔道整復士 <input type="checkbox"/> 整体師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> 理・美容師 <input type="checkbox"/> アロマセラピスト <input type="checkbox"/> エステティシャン <input type="checkbox"/> その他 _____

## ■添付必要書類

- ①WAAIM認定医の場合
- (1) 記入済みの本認定資格取得申請書
  - (2) 履歴書（写真添付）
  - (3) 日本国（またはそれに相当する外国）の医師免許証または歯科医師免許証の写し
  - (4) 必要単位取得を証明する受講領収書またはWAAIMが発行する単位取得証明書及び必要な方は学術論文
- ②WAAIM認定師の場合
- (1) 記入済みの本認定資格取得申請書
  - (2) 履歴書（写真添付）
  - (3) 公的・私的に関わらず、各種資格証明書の写し
  - (4) 必要単位取得を証明する受講領収書またはWAAIMが発行する単位取得証明書

■上記申請書に必要事項をご記入の上、必要書類を添付し、郵送などで、下記WAAIM本部事務局までお送りください。

■申請内容を確認、審査の上、改めて事務局よりご連絡いたします。

■ご自身の既取得単位数の確認、単位取得証明書の発行については、事務局までご連絡ください。

申請書送付先	一般社団法人 国際先進医療統合学会（WAAIM）本部事務局 〒675 - 0012 兵庫県神戸市中央区北長狭通5丁目1番2号 太陽ビル6F601号室 TEL:078 - 335 - 6350 FAX:078 - 335 - 6359 Mail:info@waaim.or.jp
--------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※下欄は、事務局記入欄ですので記入不要です。

受付年月日		登録料入金	
-------	--	-------	--