**一般社団法人日本統合医療学会**

**認定制度規則第7条（認定）に係る**

**書類について**

標記の件につき、以下の書類を提出いたします。

１．登録申請書

２．個人情報掲載に関する承諾書

３．倫理綱領の遵守に関する宣誓書

４．認定申請料振込控貼付用紙

年　　　　月　　　　日

申請者：　　　　　　　　　　　印

【書類送付先】

一般社団法人　日本統合医療学会　事務局

〒　170-0003　東京都豊島区駒込1-43-9　駒込ＴＳビル　４階

一般財団法人　口腔保健協会内

ＴＥＬ　03-3947-8891　FAＸ　03-3947-8341 　　e－mail [imj@imj.or.jp](mailto:imj@imj.or.jp)

担当　宍戸　基行

**※書類送付にあたりましては、送達が確認できる方法（書留、レターパック、宅配便等）にてご送付ください。個別の送達確認には対応いたしかねます。**

**登録申請書**

申請日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **資格区分** | **認定医　・　認定師　・　認定協働師** | | | |
| **専門分野** | **※別紙「会員資格区分コード表」より該当する番号を以下に記してください。**  **※専門分野は１分野のみ選択してください。**  **（　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | |
| **（フリガナ）**  **氏名** |  | | | |
| **IMJ会員番号** |  | | | |
| **所属** |  | | | |
| **役職** |  | **送付先** | | **所属　　・　　自宅** |
| **所属住所** | **〒** | | | |
| **所属** | **TEL** | | **FAX** | |
| **E-mail** | | | |
| **自宅住所** | **〒** | | | |
| **自宅** | **TEL** | **FAX** | | |
| **E-mail** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **★左記は今回のご申請に関する書類のやりとりをする際にラベルとして使用します。事務局から書類を送付するのにご都合のよい住所等を記してください。** | **郵便番号** | **〒** |
| **住所** |  |
| **氏名** | **様** |
| **電話番号** |  |

**※事務局記入欄　　No.**

**個人情報掲載に関する承諾書**

下記の個人情報の掲載を

承諾します　・　承諾しません

（○をおつけください）

ご承諾頂きました場合は、下記ご記入ください。

HPおよびIMJ関係誌に掲載させていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 |  |
| ご所属 |  |
| 肩書 |  |
| 所属　都道府県 |  |

**倫理綱領の遵守に関する宣誓書**

私は一般社団法人日本統合医療学会（以下、本学会という）の倫理綱領（本学会倫理宣言、本学会倫理規約、本学会における利益相反規程）を確認し、規則第6条に基づき、遵守することを宣言します。

本学会倫理綱領に反する行為があった場合、規則第9条に基づき、私が持つ認定制度規則に基づく資格の認定が取り消されることに同意いたします。

宣誓者氏名（自筆）

**認定申請料振込控貼付用紙**

**認定申請料　20,000円(※)を下記口座にお振込みいただき、控（写しでも可）をこの用紙に貼付してください。振込手数料はご本人様にてご負担願います。**

**(※　認定申請料は2024年10月1日以降、30,000円となります。予めご了承ください。)**

※振込口座

　〇　ゆうちょ銀行間の振込

　　口座種類：　　　普通

　　口座記号・番号：10060-49862781

　　口座名義：　　　一般社団法人　日本統合医療学会

（フリガナ：ｼｬ）ﾆﾎﾝﾄｳｺﾞｳｲﾘｮｳｶﾞｯｶｲ）

　〇　他金融機関からの振込

　　金融機関名：　　ゆうちょ銀行（9900）

支店名：　　　　008支店（支店番号008）

口座種類：　　　普通預金

　口座番号：　　　4986278

　　口座名義：　　　一般社団法人　日本統合医療学会

（フリガナ：ｼｬ）ﾆﾎﾝﾄｳｺﾞｳｲﾘｮｳｶﾞｯｶｲ）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※　別紙「会員資格区分コード表」** | |  |  |  |  |  |
| 番号 | 職種 | | | | | (参考） 認定制度の 該当区分 |
| 1 | 医師 | | | | | 認定医 |
| 2 | 歯科医師 | | | | | 認定医 |
| 3 | 獣医師 | | | | | 認定医 |
| 4 | 薬剤師 | | | | | 認定師 |
| 5 | 看護師・准看護師 | | | | | 認定師 |
| 6 | 保健師・助産師 | | | | | 認定師 |
| 7 | リハビリ系（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・技師装具士） | | | | | 認定師 |
| 8 | 検査・補助系：医科（臨床検査技師・診療放射線技師・臨床工学技士・視能訓練士） | | | | | 認定師 |
| 9 | 検査・補助系：歯科（歯科衛生士・歯科技工士） | | | | | 認定師 |
| 10 | 管理栄養士・栄養士 | | | | | 認定師 |
| 11 | 福祉系（介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士） | | | | | 認定師 |
| 12 | 救急救命士 | | | | | 認定師 |
| 13 | 公認心理師 | | | | | 認定師 |
| 14 | 日本伝統医療系（鍼灸師・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師） | | | | | 認定師 |
| 15 | その他：国家資格あり | | | | | 認定師 |
| 16 | 伝統・補完代替医療提供者①（中国伝統医学・アーユルヴェーダ・アロマセラピー） | | | | | 認定協働師 |
| 17 | 伝統・補完代替医療提供者②（カイロプラクティック・オステオパシー） | | | | | 認定協働師 |
| 18 | 伝統・補完代替医療提供者③（ヨーガ・気功・エネルギー療法） | | | | | 認定協働師 |
| 19 | 心理系（臨床心理士・産業カウンセラー） | | | | | 認定協働師 |
| 20 | その他：国家資格なし | | | | | 認定協働師 |