

一般社団法人日本統合医療学会（IMJ）
認定施設申請用紙（病院・クリニック）

申請施設名			
施設連絡先	〒		
	TEL		
	FAX		
年間患者数		病床数	
医師数		設立年	(西暦) 年 月
標榜診療科	内科・外科・精神科・診療内科・皮膚科・小児科・泌尿器科・産婦人科・眼科 耳鼻咽喉科・麻酔科・歯科・整形外科・その他 ()		
(フリガナ) 担当者氏名			
担当者所属			
担当者 Email			
資格者氏名 (資格区分に○)	氏名	(認定医・師・療法士)	
	氏名	(認定医・師・療法士)	
	氏名	(認定医・師・療法士)	
	氏名	(認定医・師・療法士)	
	氏名	(認定医・師・療法士)	
実施されている TM/CAM			

(資格者の認定証 (写)・申請料振込 (写) 添付のこと)

(西暦) 年 月 日

施設長名 _____ 印