



一般社団法人

日本美容医療リスクマネジメント協会

Japan Aesthetic Medicine Risk Management Association

<https://biyouiryuu.jp>

美容医療・医師賠償補償制度

ご加入の手引き

開設者コース・法人



美容医療・医師賠償補償制度 ご加入の手引き

開設者コース・法人

- 目次 -

1. ご加入にあたって	.....	P3
2. 補償開始までの流れについて・掛金について	.....	P4
3. ご加入のお手続きについて	.....	P5
4. ご提出書類：口座振替依頼書	.....	P6
5. ご提出書類：口座振替依頼書（記入例）	.....	P7
6. 返信用封筒ラベル	.....	P11
7. 「書類」お申込みの場合	.....	P12
(1) ご提出書類：加入依頼書（記入例）		
(2) ご提出書類：対象医師一覧（記入例）		

ご不明な点がございましたら協会事務局までお問合せくださいますようお願いいたします。

協会事務局メールアドレス：jaml@biyoukyosai.jp

みなさまのお申込みをお待ちしています。よろしくお願いたします。

ご加入にあたって

「美容医療・医師賠償補償制度」へのご加入をご検討されているみなさまへ

このたびは、「美容医療・医師賠償補償制度」への加入をご検討いただきまして誠にありがとうございます。ご加入をご希望のみなさまには、「パンフレット」をご一読の上、この手引きに沿ってご加入のお手続きをお願い申し上げます。

- この手引きは「美容医療・医師賠償補償制度」へのご加入を検討されている方にお手続きの流れや掛金のお支払等についてご注意事項をご確認いただくために作成したものです。

「開設者コース」新規申込みについてのご注意事項

■補償開始日について

毎年12月1日を保険開始日とさせていただいておりますが、中途加入も可能です。

中途加入の場合は、毎月15日までにオンライン手続きが完了いたしますと、次月の1日より補償開始となります。（15日が平日でない場合は翌営業日が締め切りとなります。）

■加入の条件について

「美容医療・医師賠償補償制度」のご加入には当協会の正会員になっていただく必要がございます。

お申込みの際には、施設（病院・クリニック）の開設者 または 美容医療の施術責任者が当協会指定の団体に所属（いずれか1つ以上）の医師であることが条件となります。

※5団体に所属していない場合は、日本美容医療リスクマネジメント協会の既存会員2名の推薦状が必要です。

「日本皮膚科学会」 「日本美容皮膚科学会」 「日本美容医療協会」
「日本形成外科学会」 「日本美容外科学会(JSAPS)」

ご確認のお願い

● 補償の対象について

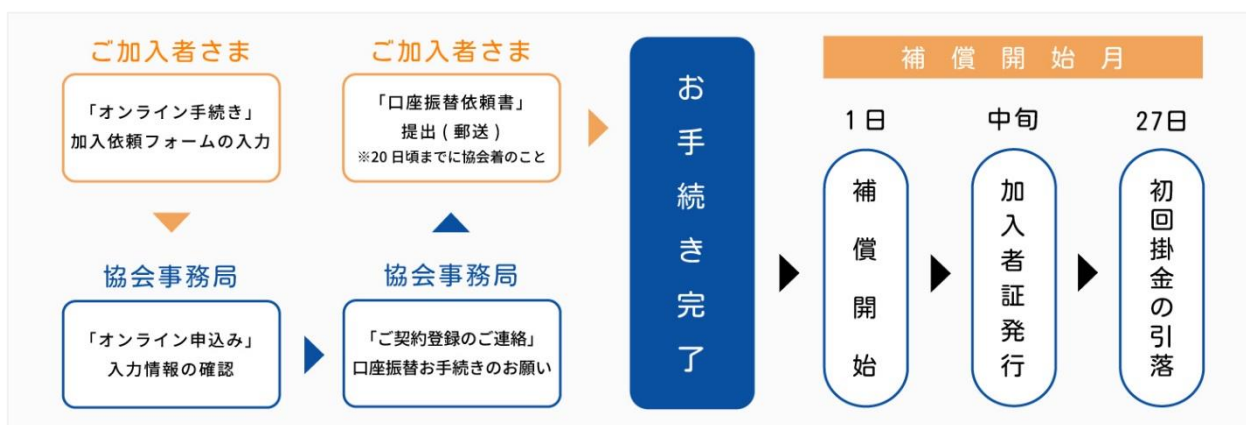
「開設者コース（法人）」とは、医療過誤等による病院・クリニックの賠償責任を補償するためのコース契約となります。

法人および施術を行った医師個人の双方が訴えられた場合、病院・クリニックの補償は受けられますが、医師個人の補償は＜対象外＞となりますので「**施術医コース**」に同時加入されることをお勧めいたします。

補償開始までの流れについて

■補償開始までのスケジュール

- ・新規加入の場合：(申込締切日) 11月10日 (補償開始日) 12月1日
- ・中途加入の場合：(申込締切日) 毎月15日 (補償開始日) 翌月1日



掛金について

■掛金のご精算について

初回の掛金は、補償開始月の27日前後の口座振替による引落となります。
(※27日が休日・祝日の場合は、翌営業日となります。)

初回引落額の内訳は、「出資金」10,000円 + 「年会費(月払)」 + 「月払保険料」です。



出資金は当協会への新規加入時のみご負担いただき、ご退会時には返金させていただきます。
補償開始日の翌月以降は「年会費(月払)」 + 「月払保険料」を引落いたします。

「月払保険料」は、「美容医療に従事する医師数」と「プラン」により変わります。
Webにて試算をお願いいたします。

Web 試算はこちら

<https://biyouiryuu.jp/premiumSim.html>



ご加入のお手続きについて

■オンラインお申込みについて

オンラインによるお申込みは、加入申込書類のご提出が＜不要＞です。
スピード審査が可能なため、ご契約の可否もお申込みから近日でご連絡いたします。

● 医師数の人数について

保険始期日の病院・クリニックにおいて美容医療に従事する施設長、常勤医、非常勤医、アルバイト医のすべてを含む全員の人数をご申告ください。

※分院がある場合はご注意ください。分院の病院・クリニックごとに美容医療に従事する医師の人数を医師数としてご登録いただきます。

(例) 本院と分院で勤務する A 医師は、両施設で医師数としてカウントします。

■口座振替のお手続きについて

「口座振替依頼書」のご提出が必要です。

「口座振替依頼書」をダウンロードしていただき、ご記入・お届け印の押印をして、当協会までご郵送をお願いいたします。

※最終ページの「返信用封筒ラベル」（切手不要）を封筒に貼って投函ください。

口座振替依頼書のダウンロードはこちら
https://biyouiryuu.jp/assets/zip/form_bank.zip

『書類』お申込みをご希望の場合

オンラインのお申込みを希望しない場合は、『書類』ダウンロードをお願いします。

「加入依頼書・対象医師一覧」にご記入のうえ **メール・FAX・郵送** のいずれかでご提出ください。

加入書類の取得はこちら
https://biyouiryuu.jp/assets/zip/set_houjin.zip

※「口座振替依頼書」ご提出（郵送）のお願い

『書類』ご提出をご選択の場合も「口座振替依頼書」はお届け印の確認が必要なため、「口座振替依頼書」はご郵送をお願いいたします。

収納企業名

日本システム収納株式会社 (N S S)

ゆうちょ銀行以外の金融機関	金融機関名	銀行	支店名	支店御中
		信託銀行		
		信用金庫		
		信用組合		
		その他		
預金種目	1. 普通 (総合) 2. 当座	口座番号 (右づめ7桁でご記入ください)		
フリガナ	(法人の場合は代表者名・肩書きのフリガナは不要です。)			金融機関へのお届出印
口座名義人	法人の場合は必ず代表者名・肩書きをご記入ください。			印

振替日 27日 (金融機関休業日の場合は翌営業日)

ゆうちょ銀行	種目コード	1	6	6	3	0	1	0	の	通帳番号 (右づめ)	1
	口座名義人	お届出印									
	払込日	27日 (ただし非営業日の場合は翌営業日)									
払込先口座番号	00970-6-15938			払込先加入者名	日本システム収納株式会社						

お届出印をご捺印ください。

金融機関受付印

取扱店日附印

ゆうちょ銀行をご指定の場合は、自動払込規定が適用されます。

私は、日本システム収納株式会社から請求された金額を私名義の上記預金口座から預金口座振替 (自動払込) によって支払うこととしたいので預金口座振替規定を確約 (ゆうちょ銀行は除く) のうえ依頼します。

- 預金口座振替規定 - (ゆうちょ銀行は除く)

- 金融機関に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払込請求書の提出または小切手の振出しはしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額 (当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。) をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から金融機関に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、金融機関はこの契約が終了したものと取り扱ってさつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、金融機関の責による場合を除き、金融機関には迷惑をかけません。

(不備返却事由)

1. 預金取引なし
 2. 記載事項等相違
 3. 印鑑相違
 4. その他
- (店名、預金種目、口座番号、口座名義) () (備考)

検印

印鑑照合

受付印

預金口座振替依頼書に不備があった場合、新しい依頼書を再手配ください。不備の依頼書は返却せず、日本システム収納株式会社にて、適切に保管、廃棄します。

この依頼書 (申込書) にご記入いただいた個人情報は、団体及び団体から委託を受けた日本システム収納株式会社が預金口座振替 (自動払込) 業務およびこれに付随・関連する業務に限り使用します。

【団体使用欄】

加入者名、加入者コード、所属コードは必要に応じて記入願います。

加入者名																		
加入者コード												所属コード						
団体名	一社) 日本美容医療リスクマネジメント協会											団体コード	0937328					



<不備返送先(金融機関用)>

〒564 - 8523

吹田市江坂町1丁目23番101号
日本システム収納株式会社
電話 (06) 6386-5702

< 預金口座振替依頼書 ご記入方法について(団体用) >

(NSS口座振替汎用依頼書用)

■必ず「預金口座振替依頼書」の原本を団体様へご提出ください。

法人用記入見本

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収 加)
(兼 預金口座振替申込書)

2022年 6月 1日

2200

収納企業名
日本システム収納株式会社 (NSS)

ゆうちょ銀行以外の金融機関	みずほ	銀行 信託銀行 信用金庫 信用組合 その他	支店名 大手町 支店 御中
金融機関名			
預金種目	1. 普通(総合) 2. 当座	口座番号(右づめ?桁でご記入ください)	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	エヌエスショウジ (カ) (法人の場合は代表者名・肩書きのフリガナは不要です。)		金融機関へのお届出印
口座名義人	エヌエス商事株式会社 代表取締役 日本 太郎		
	※法人の場合は必ず代表者名・肩書きもご記入ください。		印

振替日 27日 (金融機関休業日の場合は翌営業日)

種目コード	契約種別コード	通帳記号(左づめ)	通帳番号(右づめ)
1 6 6 3 0 1		0	1
ゆうちょ銀行	口座名義人	お届出印	お届出印を ご捺印ください。
			金融機関受付印
払込日	27日 (ただし非営業日の場合は翌営業日)		
払込先 口座番号	00970-6-15938	払込先 加入者名	日本システム収納株式会社

取 扱 店 日 附 印

ゆうちょ銀行

金融機関使用欄

(不償返却事由)	捺 印
1. 預金取引なし	3. 印鑑相違
2. 形態事項等相違	4. その他
(店名、預金種目、 口座番号、口座名義)	()
(備 考)	
	印鑑相違
	受付印

※ゆうちょ銀行をご指定の場合は、自動払込設定が適用されます。
私は、日本システム収納株式会社から請求された金額を私名義の上記預金口座から預金口座振替(自動払込)によって支払うこととしたので預金口座振替規定を
承諾(ゆうちょ銀行は除く)のうえ依頼します。

一 預金口座振替規定一 (ゆうちょ銀行は除く)

- 金融機関に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座規定にかかわらず、預金通帳、印紙戻請求書の提出または小切手の提出はしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸付を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を送却してもさしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から金融機関に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、金融機関はこの契約が終了したものとして取り扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかきに紛争が生じても、金融機関の責による場合を除き、金融機関には迷惑をかけません。

預金口座振替依頼書に不備があった場合、新しい依頼書を再手配ください。
不備の依頼書は返却せず、日本システム収納株式会社にて、適切に保管、廃棄します。

この依頼書(申込書)にご記入いただいた個人情報は、団体及び団体から委託を受けた日本システム収納株式会社が預金口座振替(自動払込)業務およびこれに付随・関連する業務に限り使用します。

【団体使用欄】
加入者名、加入者コード、所属コードは必要に応じて記入願います。

加入者名		所属コード	
加入者コード		団体コード	
団体名			

改訂日: 2022.06.01



<不償返送先(金融機関用)>
〒964-8823
吹田市江坂町1丁目23番101号
日本システム収納株式会社
電話 (06) 6286-6172

いずれかを選択

<項目説明・点検一覧>

■以下の項目の記載内容に不備がないことを団体様にてご確認のうえ、NSSへ送付ください。

1. ゆうちよ銀行以外をご利用の場合

項目	ご説明	確認欄
申込日	(〔西暦〕 年 月 日) に申込日付をご記入ください。	
金融機関欄	預金通帳をお手元にご準備いただき、記載されている内容を確認のうえ、次の項目について、もれなく正確にご記入ください。	
金融機関名	3.NSS 取扱金融機関 を確認のうえ、ご記入ください。	
業態	金融機関の業態(銀行、信託銀行、信用組合等)を○で囲んでください。	
支店名	通帳記載のとおり、ご記入ください。(支店名が変更の場合は新支店名)	
預金種目	該当する預金種目(1.普通(総合)、2.当座)を○で囲んでください。	
口座番号	口座番号は右づめで記入し、空欄は ” 0 ” でうめて下さい。	
フリガナ	通帳の記載どおりにフリガナを必ずご記入ください。 ※法人口座の場合、代表者名・肩書きのフリガナは不要です。 ※姓と名の間は1字空けてください。 また、濁点、半濁点は1字分としてご記入ください。	
口座名義人	通帳の記載どおり正確にご記入ください。 ※法人口座の場合、会社名・金融機関お届けの肩書き・代表者名を省略せずに正確にご記入下さい。	
お届け印	必ず金融機関に届出済のご印鑑を押印ください。不鮮明な場合は欄外に捨印を押印ください。 ※印鑑レス口座をご利用の場合は、サインまたは認印をお願いします。	

※ボールペン等ではっきりと記入ください。(鉛筆書きは不可です)

※訂正する場合は、二重線を引き、訂正印(金融機関お届け印)を押印ください。

また、修正液・テープは使用不可です。

※依頼書の記入に不備のある場合、金融機関で受付いただけません。依頼書が不備となった場合は、新しい用紙で再度お手配ください。

次の項目は、不備となる場合が多いので特にご注意ください。

- (1) 印鑑相違、または印鑑不鮮明
- (2) 口座名義人の記載事項相違
 - ・法人の場合、法人略称不可(株式会社:○、(株):×)。
 - ・法人の場合、代表者名、肩書きの記載漏れや相違(字体相違も含む)。
- (3) 業態、預金種目、口座番号の記載漏れ

2. ゆうちょ銀行をご利用の場合

項目	ご説明	確認欄
申込日	(〔西暦〕 年 月 日) に申込日付をご記入ください。	
ゆうちょ欄	預金通帳をお手元にご準備いただき、記載されている内容を確認のうえ、次の項目について、もれなく正確にご記入ください。	
通帳記号	通帳記号をご記入ください。	
通帳番号	通帳番号は右づめで記入し、空欄は ” 0 ” でうめて下さい。 ※下1桁(右端)は必ず「1」となります。(「1」と記載済みです)	
カナ (必須)	通帳の記載どおりにフリガナを必ずご記入ください。 ※法人口座の場合、代表者名・肩書きのフリガナは不要です。 ※姓と名の間は1字空けてください。 また、濁点、半濁点は1字分としてご記入ください。	
口座名義人	通帳の記載どおり正確にご記入ください。 ※法人口座の場合、会社名・金融機関お届けの肩書き・代表者名を省略せずに正確にご記入下さい。	
お届け印	必ず金融機関に届出済のご印鑑を押印ください。不鮮明な場合は欄外に捨印を押印ください。	

※ボールペン等ではっきりと記入ください。(鉛筆書きは不可です)

※訂正する場合は、二重線を引き、訂正印(金融機関お届け印)を押印ください。

また、修正液・テープは使用不可です。

※依頼書の記入に不備のある場合、金融機関で受付いただけません。依頼書が不備となった場合は、新しい用紙で再度お手配ください。

次の項目は、不備となる場合が多いので特にご注意ください。

- (1) 印鑑相違、または印鑑不鮮明
- (2) 口座名義人の記載事項相違
 - ・法人の場合、法人略称不可(株式会社：○、(株)：×)。
 - ・法人の場合、代表者名、肩書きの記載漏れや相違(字体相違も含む)。
- (3) カナ、通帳記号、通帳番号の記載漏れ

3. NSS 取扱金融機関

※詳細は当社ホームページをご確認ください。

ご利用可能な金融機関		
都市銀行・ゆうちょ銀行	全行	
地方銀行・第二地方銀行	全行	
信用金庫	全金庫	
労働金庫	全金庫	
信用組合	125 組合	
農協	585 組合	
信託銀行	右記 4信託	三井住友信託銀行、みずほ信託銀行 三菱 UFJ 信託銀行、SMBC 信託銀行 ※ただし、8日振替の場合、みずほ信託銀行、SMBC信託銀行は利用不可。
その他	右記 9行	新生銀行、商工中金、PayPay銀行、 住信 SBI ネット銀行、セブン銀行、 楽天銀行、ソニー銀行、イオン銀行、 GMO あおぞらネット銀行

※外国銀行、漁業協同組合は利用できません。

4. 法人のフリガナ記入時の法人種類の省略方法

法人の種類	先頭	末尾
株式会社	カ)	(カ
有限会社	コ)	(コ
合名会社	メ)	(メ
合資会社	シ)	(シ
合同会社	ド)	(ド
医療法人	イ)	(イ
財団法人	ザイ)	—
社団法人	シヤ)	—
宗教法人	シウ)	—
学校法人	ガク)	—
社会福祉法人	フク)	—
特定非営利活動法人	トク)	(トク

下記の太線部分を切り取り、宛名ラベルとしてお手元の封筒に貼り付けてお使いください。

※縮小印刷して封筒を作成いたしますと、郵便物の最小寸法の関係でお取り扱い時に問題となることがあります。ご注意ください。
※書類をお送りいただく場合に限定してご利用ください。また第三者への譲渡を禁止します。



料金受取人払郵便

麴町局承認

6334

差出有効期間
2025年3月
31日まで

1 0 2 8 7 9 0

1 1 9

東京都千代田区麴町一丁目六番六号
プルミエ麴町ビル7階

一般社団法人日本美容医療リスクマネジメント協会 御中



開設者(病院・クリニック)コース用(法人)

日本美容医療リスクマネジメント協会 御中

日本美容医療リスクマネジメント協会美容医療・医師賠償補償制度 加入依頼書

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合やこれらに事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。
また、☆が付された事項に付した事項は、ご加入の取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡ができません場合がありますので、ご注意ください。

書類の記入日をご記入ください

ご記入日 西暦 0000 年 00 月 00 日 ※開設者コースは施設毎の加入が必要です。1施設毎に1枚の加入依頼書をご提出ください。

社内使用欄	
会員番号	ご記入は不要です
補償開始日	年 月 1 日

ご加入に際して

私は、保険契約者である団体の構成員(会員)であることを確認し、パンフレット記載事項を了承し、この保険契約への加入を依頼します。また、私は裏面に記載の「個人情報取り扱いに関するご案内」の内容について確認のうえ、同意いたします。

加入申込者	加入申込者名	フリガナ イ) ビヨウカイ リジチョウ ニホン タロウ ※法人名・肩書・代表者名 医療法人 美容会 理事長 日本 太郎	印 「ご加入に際して」 確認印兼用
	加入申込者住所	フリガナ 〒 102-0083 東京都千代田区麹町0-0-0		生年月日 (西暦) 0000 年 00 月 00 日
被保険者 (補償対象者)	☆施設名 ☆開設者 (被保険者)名	フリガナ ビヨウクリニック 施設名 美容クリニック	フリガナ ニホン タロウ 施設の開設者名 日本 太郎 医籍番号 000000
	☆施設所在地	<input checked="" type="checkbox"/> 加入申込者住所と同じ 異なる場合 右欄に記入	フリガナ 日本 次郎 TEL 03-0000-0000 メールアドレス jamla@biyoukyosai.jp FAX 03-0000-0000
現在の所属団体をチェックしてください。 ※該当の施設の開設者または総合病院においては美容医療部門の責任者が所属している団体をチェックしてください。 ※この5団体に所属していない場合は、日本美容医療リスクマネジメント協会既存会員2名の推薦状が必要です。			
<input type="checkbox"/> 日本美容医療協会 <input type="checkbox"/> 日本皮膚科学会 <input type="checkbox"/> 日本美容皮膚科学会 <input type="checkbox"/> 日本形成外科学会 <input type="checkbox"/> 日本美容外科学会(JSAPS)			

加入者住所と同じ場合はチェックを入れてください

大切なお知らせをお送りすることがございますので受信できるメールアドレスをご記入ください

該当する所属団体にチェックをいれてください

①ご希望のプランに○をつけ、人数と合計保険料(月額)をご記入ください。

記入欄	プラン名	支払限度額 (1事故/保険期間中)	免責金額 (自己負担額)	開設者リスク保険料 (*1)美容医療に従事する医師数	合計保険料 (月額)
<input type="radio"/>	①	100万円/300万円	10万円	2,500円+ 名(*1) × 1,000円 =	
<input type="radio"/>	②	200万円/600万円	10万円	3,600円+ 名(*1) × 1,500円 =	
<input type="radio"/>	③	500万円/1,500万円	10万円	6,000円+ 名(*1) × 2,300円 =	
<input type="radio"/>	④	1,000万円/3,000万円	10万円	8,400円+ 名(*1) × 3,200円 =	
<input checked="" type="radio"/>	⑤	2,000万円/6,000万円	10万円	11,100円+ 2 名(*1) × 4,300円 =	19,700

②下記の告知事項にご回答ください。どちらかに○をお付けください

申告事項欄	★1.本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか(過去に東京海上日動火災保険(株)と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	★2.本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実がすでに発生していることを知っていますか(過去に東京海上日動火災保険(株)と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

・内容をお読みいただき「はい」もしくは「いいえ」に○をご記入ください
・「はい」の場合は具体的な内容をご記入ください

★他の保険契約等*2	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	*2 他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には「あり」に○をし、該当項目欄に詳細をご記入ください。		
被保険者氏名	保険会社・共済	保険種類	満期日(補償の完了する日)	保険金額・支払限度額(ご契約金額)

・「あり」もしくは「なし」に○をご記入ください
・「あり」の場合は、上記の該当項目欄に詳細をご記入ください

会費 + 出資金

- 会費は月払い2,500円×美容医療に従事する医師数で、「苦情クレーム相談サービス」などを提供する費用に充てられます。
- 加入者は、新規加入時のみ「出資金」として10,000円を拠出していただきます。ただし、退会時には返戻いたします。

書類の記入日をご記入ください

申込日： 0000 年 00 月 00 日

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会 宛

会員番号： **ご記入は不要です**

対象医師一覧

フリガナ	ビョウクリニック	加入依頼書の 施設名 と同じ情報をご記入ください
施設名	美容クリニック	
フリガナ	ニホン タロウ	加入依頼書の 施設の開設者名 と同じ情報をご記入ください
施設の開設者名	日本 太郎	
フリガナ	ニホン ジロウ	加入依頼書の 担当者名 と同じ情報をご記入ください
事務担当者名	日本 次郎	

「美容医療に従事する医師数」： 2名

<ご注意>上記の人数は、美容医療の施術を担当する医師の合計人数をご記入願います。別途ご提出していただく「加入依頼書」の合計人数と同一です。

美容医療に従事する医師名を下記にご記入願います。

NO.	補償の対象とする医師名		NO.	補償の対象とする医師名	
1	フリガナ	ニホン タロウ	11	フリガナ	
	お名前	日本 太郎		お名前	
2	フリガナ	ニホン ハナコ	12	フリガナ	
	お名前	日本 花子		お名前	
3	フリガナ	医師名をフルネームでご記入ください		フリガナ	
	お名前			お名前	
4	フリガナ		14	フリガナ	
	お名前			お名前	
5	フリガナ		15	フリガナ	
	お名前			お名前	
6	フリガナ		16	フリガナ	
	お名前			お名前	
7	フリガナ		17	フリガナ	
	お名前			お名前	
8	フリガナ		18	フリガナ	
	お名前			お名前	
9	フリガナ		19	フリガナ	
	お名前			お名前	
10	フリガナ		20	フリガナ	
	お名前			お名前	

* 当協会は個人情報を取り扱うにあたり、その利用目的を協会事業に限定します。ご本人の同意なく同利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱うことはありません。詳しくはHPの「個人情報保護方針について」をご覧ください。