

施設会員入会申込み 概要

1

事前受付申込 平成27年2月1日～

施設登録開始 平成27年4月～(受付順 順次)

※ 当学会の会期は4月～翌年3月末日までとなります。
期中からでも入会可能です。

2

申込み方法 3ページ目・4ページ目にある、入会申込書にご記入の上、FAXまたは郵送でお申し込みください。

※ 申込者は当学会の会員であるものとします。

3

入会条件

条件は、以下の通りとなります。

- ① 一般社団法人 日本臨床アロマセラピー学会(以下JCAS)の目的に賛同する医療機関、及び類似施設であること。または正会員の入会条件に表記している資格取得を育成している教育機関であること。
- ② クルニカルアロマセラピーの実践を行っているまたは環境がある医療機関、及び類似施設であること。
- ③ 国内で有効な以下免許を保有し、開業権のあるものが施設長であること。

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、管理栄養士、診療放射線技師、臨床検査技師、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、はり師、きゅう師、栄養士、准看護師、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士。

※上記以外の免許保持者が申請した場合は理事会で協議する。

- ⑤ 総合病院等の場合は、総合病院等の場合は診療科毎の登録となります。
- ⑥ 上記養成教育施設(看護学校、助産学校等)も認定施設対象となります。
- ⑦ 当学会正会員が1名以上在籍していること。
- ⑧ 入会申し込み書に診療科施設長の同意(サイン)があること。
- ⑨ 当学会ホームページなどに施設情報(当学会指定内容)の掲載が可能であること。

4

入会費・年会費

入会費 10,000円

年会費 10,000円

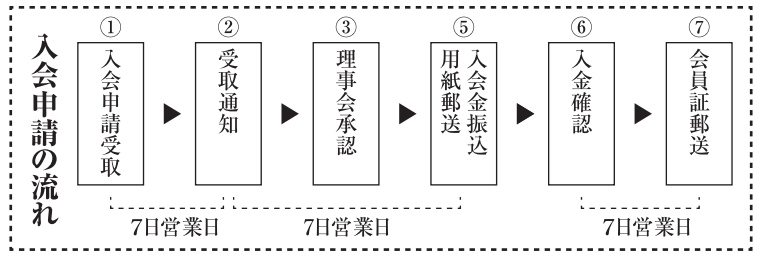
※ 期中の入会の場合も、年会費はお支払いいただきます。

5

入会特典

- ① 年度毎に施設会員証書を発行致します。
- ② 当学会ホームページに施設名称、都道府県名、URL、アロマ導入実績(登録時アンケートに基づく)を掲載致します。(必須)
- ③ 施設会員に在籍するスタッフで、当学会非会員の方は、1セミナー3名まで、会員価格で当学会主催セミナーに参加可能です。
- ④ 施設会員に在籍するスタッフで、非会員の方が当学会セミナーを受講された場合、受講された年度内にご入会いただくと、単位が有効となります。

申込日	年	月	日
右表②「受取通知」の受取方法をお選びください。			
<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX			



※必要事項をご記入の上、FAXまたは当学会本部事務局までご郵送ください。

※当学会は会期が4月～翌年3月となりますが、変更が生じた場合には、登録内容変更申請書をご使用頂き、変更手続きを行って下さい。

施設情報 ※ご記入いただいた住所が郵送先となります。

※総合病院等の場合は、診療科ごとの登録となります。

フリガナ		診療科	
正式名称			
所在地	〒		
代表番号		ファックス番号	
E-mail			
<small>※迷惑メール防止対策のためドメイン指定を行っている場合は、「@aroma-jcas.jp」を指定してください。 <small>※指定受信の設定をしている場合にはm設定を解除してください。</small> </small>			
ホームページ URL			
<small>※施設会員は当学会ホームページに施設名、住所、URL(リンク)を開示させていただきます。</small>			

施設長情報 ※総合病院等の診療科でご登録希望の場合は、診療科の代表者名となります。

フリガナ		法人印または代表者印
代表者名		印
職 種		役 職

申込者情報

会員番号		保有資格認定	無 ・ CAA ・ CAE ・ CAS
役 職		代 表 者 名	

※裏面のアンケートをご記入ください。

事務局記入欄

①入会申請受取	②受取通知	③理事会承認
④入会金振込用紙郵送	⑤入金確認	⑥会員証郵送



〒360-0033 埼玉県熊谷市曙町1-4-10A
 Phone. 048-598-8592 FAX. 048-598-8593
 受付時間 10:00～17:00月曜～金曜(土・日・祝日は除く)
<http://www.aroma-jcas.jp> E-mail.info@aroma-jcas.jp

アンケート ※当学会ホームページに開示させていただきます。

施設で取り入れているアロマセラピーを教えてください。

該当する□にチェックをご記入のうえ、施術を行っている場所とおこなっている人の職種をご記入ください。

★記入例

芳香浴

☆場所と行っている人の職種をご記入ください。

<input checked="" type="checkbox"/> 看護・助産業務の一環	① 病棟	(看護師)	① 分娩室	(助産師)
<input type="checkbox"/> 補完代替医療	①	()	①	()
<input checked="" type="checkbox"/> サービス	① 受付前	(受付スタッフ)	① ロビー	(受付スタッフ)
<input type="checkbox"/> その他	①	()	①	()

芳香浴

☆場所と行っている人の職種をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 看護・助産業務の一環	①	()	②	()
<input type="checkbox"/> 補完代替医療	①	()	②	()
<input type="checkbox"/> サービス	①	()	②	()
<input type="checkbox"/> その他	①	()	②	()

足湯

☆場所と行っている人の職種をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 看護・助産業務の一環	①	()	②	()
<input type="checkbox"/> 補完代替医療	①	()	②	()
<input type="checkbox"/> サービス	①	()	②	()
<input type="checkbox"/> その他	①	()	②	()

トリートメント

☆場所と行っている人の職種をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 看護・助産業務の一環	①	()	②	()
<input type="checkbox"/> 補完代替医療	①	()	②	()
<input type="checkbox"/> サービス	①	()	②	()
<input type="checkbox"/> その他	①	()	②	()

その他

☆場所と行っている人の職種をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 看護・助産業務の一環	①	()	②	()
<input type="checkbox"/> 補完代替医療	①	()	②	()
<input type="checkbox"/> サービス	①	()	②	()
<input type="checkbox"/> その他	①	()	②	()