入会案内

特定非営利活動法人 日本医療リンパドレナージ協会とは

日本医療リンパドレナージ協会は、昨今増加の一途をたどるリンパ浮腫についての認識を広め、その対策を調査研究し、リンパ浮腫の施術者を養成することを目的に 2002 年に設立されました。
リンパ浮腫患者の皆様が安心して受けられる治療環境を築くことを目的として、専門の知識と技能を備えた信頼おける『医療リンパドレナージセラピスト』を養成しております。

■ 事業内容

（1）医療リンパドレナージを含む保存的リンパ浮腫療法の施術者の養成、資格認定、技術強化及び支援事業
- 医療リンパドレナージセラピスト養成講習会の企画・運営
- 施術者の資格認定
- 技術強化、及び継続研修

（2）リンパ浮腫療法に関する普及啓発事業
- 医療施設、患者会での講演会の企画・運営
- 学術大会、市民シンポジウム等の開催

（3）リンパ浮腫療法に関する相談事業
- 電話、メール等による相談

（4）リンパ浮腫療法に関する情報提供事業
- 会報、公式ホームページ等による情報提供
- リンパ浮腫に関する海外文献の翻訳や、海外事情の情報収集

（5）その他上記事業に付随する事業

会員について

■ 会員の種別
（定款より抜粋）

（1）正会員
法人の目的に賛同し法人の活動に協力するため入会した個人。

（2）セラピスト会員
法人の主催する医療リンパドレナージセラピスト中級講習会修了者であり、この法人の目的に賛同した個人であって、原則として会費納入以外の義務を負わない。

（3）賛助会員（個人、団体）
法人の目的に賛同しその活動を支援するため入会した個人および団体であって、会費納入以外の義務を負わない。

セラピストと患者をつなぐ、リンパ浮腫医療のプラットフォーム

特定非営利活動法人
日本医療リンパドレナージ協会
MLAJ Medical Lymphdrainage Association of Japan

■ 会費等

	セラピスト会員	正会員	賛助会員（個人）	賛助会員（団体）
入会金	3,000 円	3,000 円	3,000 円	30,000 円
年会費	8,000 円	12,000 円	6,000 円 (1 口)	60,000 円 (1 口)
議決権	無し	有り	無し	無し

■ 支払方法

郵便振替にてお支払ください。

口座番号	00270-9-76816
加入者名	NPO 法人　日本医療リンパドレナージ協会

会員特典と入会手続き［ セラピスト会員、正会員 ］

■ 会員特典

1. 会報・ホームページの会員ページにて会員向け情報提供が受けられます。
2. 当協会主催のイベントに、会員価格で参加できます。

※医療リンパドレナージセラピスト養成講習会を修了された会員の方は、以下の特典もございます。

・継続研修（ブラッシュアップ講習会、スキルアップ講習会、上級講習会、特別講習会）が会員価格で受講できます。
・会員限定の特別講習会に参加できます。
・協会ホームページ内の治療施設一覧に、リンパ浮腫治療施設として施設情報を掲載することができます。

■ 入会の手続き

1. 入会金・年会費を郵便振替の払込取扱票にて払い込み頂いた後、次頁の入会申込書、履歴書、誓約書を事務局へ送付して下さい。
2. 理事長の承認後、会員証など入会書類一式をお届けします。（1 か月以内に送付）

※理事長の承認日を入会の日付として、入会処理をいたします。また、何らかの事情により理事長による入会承認が得られない場合は、払い込み頂いた入会金・年会費はご返金いたします。

■ 注意事項

・当協会の会費は年払いです。（年会費の有効期間 : 4 月 1 日～ 3 月 31 日）
・入会金・年会費の返却はいたしかねます。
・年会費の有効期限内に退会意思が明示されない場合は、ご継続の手続きをいたします。
・入会申込書の記入内容に変更が生じた場合は、変更届を提出して下さい。
・定款・誓約書に反する行為があった場合、法令や公序良俗に反する場合は、会員登録を削除することがあります。
・会員間及び患者とのトラブルについては、当協会は一切の責任を負いません。
・会費が 2 年度分未納となった場合※は、自動退会となりますのでご注意下さい。その場合未納分の年会費を納入の上、退会をお願い致します。

※例：2019 年 4 月時点で 2017 年度・2018 年度分の年会費の支払いがなかった場合

再度入会の場合は、新たに入会金が必要となりますのでご了承下さい。

・賛助会員の入会・入会申込書につきましては、事務局に直接連絡をお願いします。※ご不明な点がございましたら、事務局までお気軽にお問い合わせください。

特定非営利活動法人 日本医療リンパドレナージ協会 事務局
〒238-0052 神奈川県横須賀市佐野町 2-34 神奈川衛生学園専門学校内
TEL　046-854-7541　FAX　046-854-7542
e-mail　info@mlaj.jp　URL　http://www.mlaj.jp/

2019 年 7 月作成

日本医療リンパドレナージ協会 会員

入 会 申 込 書

写真
（スピード写真可）
4cm×3cm

特定非営利活動法人 日本医療リンパドレナージ協会
理事長　新井 恒紀　殿

日本医療リンパドレナージ協会の事業目的に賛同し、協力・支援するために入会を申し込みます。入会後は、貴会の定款を遵守することを誓約いたします。

太枠内をすべて記入（※ない場合は、〝ナシ〟と記入）

入会年度（＊）	年度	申込年月日	年　月　日	
会員種別	□ セラピスト会員 入会金 3,000 円　年会費 8,000 円		□ 正会員 入会金 3,000 円　年会費 12,000 円	
ふりがな			生年月日（西暦）	性別
氏名			年　月　日	男・女
住所	〒　都道府県			
連絡先	自宅電話		FAX	
	携帯電話			
メールアドレス	パソコン	@		
	携帯電話	@		
	※ドメイン拒否設定をされている方は、協会ドメイン（＊＊＊@mlaj.jp）からのメールを受け取れるように設定をお願いします。			
希望連絡先	□ 自宅　□ 携帯　□ その他（　）			
ふりがな			所属	病院勤務の方は、診療科等を記入してください
勤務先 正式名称を記入				
所在地	〒　都道府県			
勤務先連絡	電話		FAX	
医療リンパドレナージセラピスト養成講習会中級修了	□ 済（　年　月　日修了）　□ 未 ※セラピスト会員は、中級修了が必須となります。			

＊入会年度について
当協会の事業年度の期間は、
4月1日から3月31日までです。
入会を希望する年度をご記入ください。

理事長承認印	事務局受領印	協会記入欄	
		会員No.	
		入会承認日	

日本医療リンパドレナージ協会 会員

履 歴 書

最終学歴 （医療系）	年　月　日	卒業・在学中 （学生の方は在学中に○）	
職　歴	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
医療免許	取得年月日	種　類	免許番号
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		

注：最終学歴（医療系）には、医療免許を取得した学校・施設名をご記入ください。

誓 約 書

特定非営利活動法人 日本医療リンパドレナージ協会
理事長　新井 恒紀　殿

私は、貴会に入会するにあたり、下記事項を厳守履行することを誓約いたします。

1. 貴会の定款、および諸規則を遵守いたします。
2. 医師法、薬事法、保健師助産師看護師法、理学療法士及び作業療法士法、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師等に関する法律、消費者契約法およびその他関係法令等を遵守します。
3. 貴会会員および患者に対して相互理解なく、物品の販売および斡旋・紹介を行わない。
（サプリメント、健康用具・用品、高額治療機器等）
4. 貴会会員および患者に対して、宗教・政治団体への勧誘および啓発・普及活動を行わない。

年　　月　　日

氏名　　印

（ 直筆署名、および捺印のこと ）