

公益社団法人 日本診療放射線技師会 入会申請書

私は、貴会の設立目的に賛同し、あわせて諸規程を遵守しますので、ここに入会を申請いたします。

(申請日)平成 年 月 日

公益社団法人 日本診療放射線技師会 会長 中澤 靖夫 殿

氏名 ㊟

入会区分	<input type="checkbox"/> 新入会 <input type="checkbox"/> 再入会(旧会員番号_____) ※過去に本会に入会されていた方は再入会にチェックしてください。		
ふりがな ① 氏名			
② 生年月日	昭和 平成	年 月 日	③ 性別 男・女
④ 勤務先 (郵便が届くよう詳細に記入)	ふりがな 施設名		
	部 署		
	郵便番号	—	
	道 県 都 府		
	電話番号	(      )	
	E-mail:	@	
⑤ 住所地 (郵便が届くよう詳細に記入)	郵便番号	—	
	道 県 都 府		
	電話番号	(      )	
	E-mail:	@	
⑥連絡先および機関紙・雑誌・の送付先(重要な書類の送付先)			
いずれかに○印を付してください。 1、勤務先(上記④)に送付希望    2、住所地(上記⑤)に送付希望			

第1号様式 B (規則第6条関係)

⑦ 放射線等免許関係				
診療エックス線 技師免許証	国家試験 合格	第	回	昭和 年 月 日 合格
	登録番号	都道第 号 府県 昭和 年 月 日 登録		
診療放射線技師 免許証	国家試験 合格	第	回	昭和 年 月 日 合格
	登録番号	第 号 昭和 年 月 日 登録		
その他放射線 業務に関連する 免許証関係	免許証の種類名称			
	交付年月日 番号等	昭和・平成 第	年 号	月 日
⑧ 最終学歴	学校名			
		学部・学科		
	入学年月	年 月	卒業年月	年 月
⑨ 技師関係職歴	勤務先		就職年月日	退職年月日
⑩ 本情報の取り扱いの同意	以下 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 私は、本情報が日本放射線技師会のほか、所属する都道府県放射線技師会に登録されることに同意いたします。			
* 会 長 承認欄	入会を	承認	公益社団法人日本診療放射線技師会会長 中澤 靖夫 ㊟	
		不承認する	承認可否 年月日	年 月 日
* 事務手続欄	技師会受付欄		会費入金確認欄	
	データ処理欄		添付物(免許関連)	

\* 太枠内①～⑩の項目は、すべてご記入ください。

\* 個人情報に関する事項は、会員のデータ登録および技師会の会員管理以外には、使用しません。