

社団法人 日本放射線技師会 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

社団法人 日本放射線技師会 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 氏名	_____		国籍

生年月日	西暦	年 月 日	性別 男・女
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	()	
	FAX 番号	()	
	内線番号	()	
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 アドレス	_____ @ _____		
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、上記勤務先に送付希望 2、上記住所地に送付希望			

第1号様式 B (規則第6条関係)

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 西暦	年 月 日 合格
	登録番号	都道府県 第 号 西暦	年 月 日 登録
診療放射線技師 免許証	国家試験 合格	第 回 西暦	年 月 日 合格
	登録番号	第 号 西暦	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	西暦	年 月 日 第 号
免許取得の学歴 (入卒年は西暦 で表記すること)	学校名		
		学部・学科	
	入学年月	年 月	卒業/修了年月 年 月
技師関係職歴	勤務先	就職年月日	退職年月日
本情報の取り扱いの同意	<p>以下 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。</p> <p><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。</p>		
* 会 長 承 認 欄	入会を	承認	社団法人日本放射線技師会会長 中澤 靖夫 ㊞
		不承認	
* 事 務 手 続 欄	技師会受付欄	会費入金確認欄	
	データ処理欄	付物(免許関連)	

* 太枠内の項目は、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。