

会員カード再発行申込書

公益社団法人日本診療放射線技師会 御中

氏名変更が生じたため、会員カードの発行を申込みます。

年 月 日

会員番号		所属技師会	
氏 名	㊟		
	旧 姓		
氏名変更日	年 月		
	ご自宅の場合:住所・電話番号を記載してください ご勤務先の場合:住所・勤務先名・電話番号を記載してください (電話番号)		

*必要事項をお書きのうえ、下記の郵送先へお送りください。

郵送先

〒108-0073 東京都港区三田 1-4-28 「三田国際ビル」 22 階

公益社団法人日本診療放射線技師会 会員カード係