

正 会 員 入 会 申 込 書

年 月 日

公益社団法人埼玉県診療放射線技師会 会長殿

私は貴会の目的に賛同し、下記により入会を申し込みます。

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男・女	西暦 年 月 日

1. 2. それぞれに○をつけご回答ください 1. 今回の入会は [<input type="checkbox"/> 新入会 <input type="checkbox"/> 再入会 <input type="checkbox"/> 転入] 2. <input type="checkbox"/> 日本診療放射線技師会&埼玉県診療放射線技師会へ入会 <input type="checkbox"/> 埼玉県診療放射線技師会のみ入会	転入前の 所属技師会	
---	---------------	--

フリガナ	TEL	—	—
勤務先名			
フリガナ	〒		
勤務先住所			
フリガナ	〒	TEL	— —
自宅住所			
E-mail (携帯不可)			

会誌送付先	① 勤務先 ② 自宅	所属支部（地区）
-------	-----------------	----------

診療放射線 技師免許	国家試験	第	回	合格
	登録	第	号	年 月 日 登録

免許取得の 学歴	入学年月日	西暦	年	月
	卒業年月日	西暦	年	月
	学校			

関連分野の 最終学歴	学位	ある	なし
	学位記番号		
	授与年月		
	授与機関		