

| |
|------------|
| 第2回CT認定講習会 |
| 第2回地域読影講習会 |

セミナー申込書

| | |
|-----|--|
| 受信者 | FAX番号:048-664-2733 (社)埼玉県放射線技師会 |
| 送信者 | 氏名 _____ 施設名 _____ 〒 _____ 施設住所 _____ |

下記のとおり送信いたしますので、よろしくお願いいたします。

| | |
|------------|--|
| 参加申込者氏名 | 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ |
| 勤務先名 | _____ |
| 勤務先住所 | _____ |
| 勤務先電話番号 | _____ |
| 勤務先 FAX 番号 | _____ |
| 技師会番号 | 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ |

送付先: 〒330-0038

さいたま市北区宮原町 2-51-39 (社)埼玉県放射線技師会

TEL 048-664-2728

FAX 048-664-2733

会員異動届

ファックス送信票

下記のとおり送信いたしますので、よろしく願いいたします。

| | |
|-----|-------------------------------------|
| 受信者 | FAX番号：048-664-2733 (社) 埼玉県放射線技師会 |
| 送信者 | 氏 名 _____ |
| | 施 設 名 _____ |
| | 〒 _____ 施設住所 |

* 郵送の場合

〒331-0812 さいたま市北区宮原町2丁目51番地39
社団法人 埼玉県放射線技師会
電話：048-664-2728

(社団法人) 埼玉県放射線技師会
会員登録変更届

平成 年 月 日

| | | | |
|---------------|--|-----|----|
| ふりがな 届出会員名 | | 地区名 | 地区 |
| 技師会番号 | | | |

① 転出者は正確にご記入下さい

| | | |
|-----|----------|------------------|
| 転出先 | () 県へ転出 | 技師会費を () 年度まで納入 |
|-----|----------|------------------|

○印

② 変更した項目をご記入下さい

| | | |
|------------------|---------------|--------------------|
| 変 更 項 目 | ふりがな 自宅住所 | 〒 - TEL - - |
| | ふりがな 勤務先名 | |
| | ふりがな 勤務先住所 | 〒 - TEL - - |
| | ふりがな 改 姓 | |
| | 地 区 変 更 | 第 () 地区を第 () 地区に |
| | 連絡先変更 | |