

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、よろしくお願ひいたします。

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	
変更項目	<input type="checkbox"/> 印	②変更した項目をご記入下さい	
	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			

(社) 埼玉県放射線技師会 第35回ソフトボール大会参加申し込み書

チーム名	
参加人数（お弁当発注のため応援団含む）	
代表者氏名	
代表者連絡先（Tel）	
雨天中止当日連絡者氏名	
雨天中止当日連絡先（Tel）	

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

代表者名および名簿を添えて10月7日までに技師会センターへ、E-mail（アドレスsart@beige.ocn.ne.jp）若しくはFax・郵送にてお申し込みください。

Tel 048-664-2728

Fax 048-664-2733

郵便番号 331-0821 さいたま市北区宮原町2丁目51番39

	MRI基礎講習会
	第10回胸部認定講習会
	第11回上部消化管検査認定講習会
	第3回救急セミナー
	第3回CT認定講習会

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、よろしくお願い致します。

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