

## 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、下記により入会したく会費を添えて申し込みます。

|      |  |     |           |  |
|------|--|-----|-----------|--|
| フリガナ |  | 性 別 | 生 年 月 日   |  |
| 氏 名  |  | 男・女 | 西 暦 年 月 日 |  |

|  |               |  |
|--|---------------|--|
| <p style="text-align: center;">1. 2. それぞれに○をつけご回答ください</p> <p>1. 今回の入会は [<input type="checkbox"/>新入会 <input type="checkbox"/>再入会 <input type="checkbox"/>転入]</p> <p>2. <input type="checkbox"/>日本診療放射線技師会&amp;埼玉県診療放射線技師会へ入会<br/> <input type="checkbox"/>埼玉県診療放射線技師会のみ入会</p> | 転入前の<br>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<br>(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<br>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<br>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<br>最終学歴 | 学位    | ある                      なし |
|               | 学位記番号 |                            |
|               | 授与年月  |                            |
|               | 授与機関  |                            |

公益社団法人埼玉県診療放射線技師会  
〒331-0812 さいたま市北区宮原町 2-51-39  
TEL 048-664-2728  
FAX 048-664-2733

## 退会届

年 月 日

|        |             |
|--------|-------------|
| 会員番号   | 日本診療放射線技師会  |
|        | 埼玉県診療放射線技師会 |
| 会員名    | 印           |
| 退会理由   |             |
| 退会希望日  | 年 月 日       |
| 会費納入状況 | 年度分まで納入済み   |

注) 規程により、埼玉県診療放射線技師会を退会すると日本診療放射線技師会も同時に退会となります。

### 決算処理

|     |  |
|-----|--|
| 埼放技 |  |
| 日放技 |  |

会員異動届

ファックス送信票

下記の通り送信致しますので、よろしくお願い致します。

|     |   |
|-----|---|
| 受信者 | FAX番号：048-664-2733<br>公益社団法人埼玉県診療放射線技師会 |
| 送信者 | 氏名                                      |
|     | 施設名                                     |
|     | 〒<br>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  
公益社団法人埼玉県診療放射線技師会  
電話：048-664-2728

公益社団法人埼玉県診療放射線技師会  
会員登録変更届

平成 年 月 日

|               |  |     |    |
|---------------|--|-----|----|
| ふりがな<br>届出会員名 |  | 支部名 | 支部 |
| 技師会番号         |  |     |    |

|                 |                            |                    |  |
|-----------------|----------------------------|--------------------|--|
| ①転出者は正確にご記入ください |                            |                    |  |
| 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ください    |  |
|                 | ふりがな<br>自宅住所               | 〒 -<br>TEL - -     |  |
|                 | ふりがな<br>勤務先名               |                    |  |
|                 | ふりがな<br>勤務先住所              | 〒 -<br>TEL - -     |  |
|                 | ふりがな<br>改姓                 |                    |  |
|                 | 支部変更                       | 第 ( ) 支部を第 ( ) 支部に |  |
| 連絡先変更           |                            |                    |  |