

一般社団法人 宮崎県放射線技師会 入会申請書

私は、貴会の設立目的に賛同し、あわせて諸規定を遵守しますので、ここに入会を申請致します。

(申請日)平成 年 月 日

一般社団法人 宮崎県放射線技師会 会長 竹下 晋司 殿

氏名 \_\_\_\_\_ ㊦

入会区分	<input type="checkbox"/> 新入会 <input type="checkbox"/> 再入会 (旧会員番号 _____) ※過去に本会に入会されていた方は再入会にチェックしてください。		
ふりがな 氏 名	_____		国 籍
	_____		
生年月日	西暦	年 月 日	性 別      男・女
勤務先 (郵便が届くよう 詳細に記入)	ふりがな 施設名	_____	
		部 署	_____
	郵便番号	—	
		道 県	
		都 府	
	電話番号	(            )	
	FAX 番号	(            )	
	内線番号 (	)	
住所地 (郵便が届くよう 詳細に記入)	郵便番号	—	
		道 県	
		都 府	
	電話番号	(            )	
E-mail アドレス	_____ @ _____		
連絡先および機関誌・雑誌・の送付先 (重要な書類の送付先)			
いずれかに○印を付してください。			
1. 上記勤務先に送付希望		2. 上記住所地に送付希望	

放射線等免許関係				
診療放射線技師 免許証	国家試験 合 格	第 回	西 暦	年 月 日 合格
	登録番号	第 号	西 暦	年 月 日 登録
その他 放射線 業務に関連する 免許証関係	免許証の種類名称			
	交付 年月日 番号等	西 暦	年 月 日	第 号
免許取得の学校 (入卒年は西暦で 表記すること)	学校名			
		学部・学科		
	入学年月	年 月	卒業/終了年月	年 月
技師関係職歴	勤務先		就職年月日	退職年月日
本情報の取扱の 同意	<p>以下 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 私は、本情報が宮崎県放射線技師会のほか、日本診療放射線技師会に登録されることに同意致します。</p>			
※ 会長 承認欄	入会を	承認 不承認	一般社団法人 宮崎県放射線技師会 会長 竹下 晋司 ㊟	
			承認可否 年月日	年 月 日
※ 事務手続き欄	技師会受付欄		会費入金確認欄	
	データ処理欄		添付物（免許関連）	

※ 太枠内の項目は、すべてご記入下さい。

※ 個人情報に関する事項は、会員のデータ登録および技師会の会員管理以外には、使用しません。

※ 申込の際は、この申請書と「診療放射線技師免許の写し」を添えて申込下さい。