

**フレッシュャーズセミナー
平成23年度(第13回)SARTセミナー申込書**

受講申込者氏名 (複数人でも結構です)	
勤 務 先	
勤 務 先 所 在 地	〒
勤務先電話番号	
勤務先FAX番号	
技師会会員番号(未入会の方 「未入会」と書いてください)	
Eメールアドレス	

送付先 : 〒331-0812 埼玉県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

TEL 048-664-2728 FAX 048-664-2733

FAXにて送付して下さい。

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			