

## 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、下記により入会を申し込みます。

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男・女	西暦 年 月 日

<p>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 <input type="checkbox"/>埼玉県診療放射線技師会のみ入会</p>	転入前の 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 (携帯不可)			

## 正会員入会申し込み

会誌送付先	① 勤務先      ② 自宅	所属支部（地区）
-------	-----------------	----------

診療放射線 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 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 最終学歴	学位	ある                  なし
	学位記番号	
	授与年月	
	授与機関	