



# 正会員入会申込書

西暦 年 月 日

公益社団法人岐阜県診療放射線技師会 会長 様

私は貴会の目的に賛同し、諸規程を遵守しますので、入会を申し込みいたします。

入会区分	<input type="checkbox"/> 新規入会 <input type="checkbox"/> 再入会(旧会員番号 ) <input type="checkbox"/> 転入( )			
	※過去に本会に入会されていた方は再入会にチェック		※転入前の所属技師会名を記入	
フリガナ	(姓) (名)	生年月日		性別
氏名	(姓) (名)	西暦	年	<input type="checkbox"/> 男
		月	日	<input type="checkbox"/> 女
ローマ字	(姓) (名)			
フリガナ 勤務先名				
フリガナ 部署名				
勤務先住所	〒 -			
勤務先電話	( ) -	(内線 )		
勤務先FAX	( ) -			

自宅住所	〒 -			
携帯電話	( ) -			
自宅電話	( ) -			
電子メール アドレス	@			

診療放射線 技師免許証	国家試験合格年月日		第 回	西暦	年	月	日合格
	登録番号	第 号	登録年月日	西暦	年	月	日登録
免許取得の 学歴	入学年月	卒業または 修了年月	学校名 (学部・学科・専攻)				
	西暦	西暦					
	年 月	年 月					

- 注意: 1. (公社)岐阜県診療放射線技師会に入会する者は、(公社)日本診療放射線技師会にも入会してください。  
2. 診療放射線技師免許証の写し(A4サイズに縮小コピー)を添付してください。  
3. 電子メールアドレスは、情報配信に使用いたします。

※事務局使用

--