

会長	副会長	副会長

監事	監事

庶務	会計

※受付年月日

年 月 日

(札幌放射線技師会で記入)

様式1号

# 入会申込書

一般社団法人 札幌放射線技師会

会長

殿

私は貴会の趣旨に賛同し、入会致したく申込書および年会費を添えて申し込み致します。

フリガナ 入会者氏名	印
	生年月日： 年 月 日生 男・女
勤務先 施設名 所属部署名 郵便番号 住所 電話番号	
自宅 郵便番号 自宅住所 電話番号	
連絡用メールアドレス *1	
診療放射線技師籍登録	厚生労働省 第 号 年 月 日
資格取得学校名	卒業または終了年月 年 月 日 学校名 (学部・学科・専攻)
希望連絡先 (会報発送先)	1 勤務先 2 自宅 いずれかを○で囲んで下さい
所属技師会 <small>※該当する技師会にチェック</small> <small>すでに日診放技、北放技の会員番号が分かっている場合はその会員番号を記入</small>	<input type="checkbox"/> 日本診療放射線技師会 (会員番号： ) <input type="checkbox"/> 北海道放射線技師会 <small>※他都府県または道内他支部から転入される場合は「転入元の技師会名」を記入下さい。</small> ( )
当会の「個人情報の取扱い」 について	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意できません <small>※ 記入がない場合は“同意”と見なします</small>

\*1：連絡用メールアドレスについて

本会の勉強会等、皆様への情報発信に使用します。それ以外の目的での使用はいたしません。