

室蘭放射線技師会 入会申込書

室蘭放射線技師会会長 殿 私は貴会の趣旨に賛同し、入会したく申し込みいたします。

申込年月日		年 月 日			
フリガナ					
氏名					
生年月日		昭和・平成	年 月 日生	性別	男・女
勤務先	施設名/所属	/所属名			
	郵便番号	〒 -			
	所在地				
	電話/Fax	TEL()	-	/FAX()	-
自宅	郵便番号	〒 -			
	住所				
	電話/Fax	TEL()	-	/FAX()	-
	貴会からの通信	1. 勤務先	2. 自宅	1. 携帯電話	2. PC
連絡用メールアドレス				@	
技師出身学校名					登録年月日 年 月 日
診療放射線技師免許 (必須)	登録番号	号	合格 年月日	年 月 日	
職歴	新卒(職歴なし) ・ 職歴あり				
	前職	施設名			
備考					

※ データ管理のため全ての項目に、ご記入をお願いします。

※ 可能な限り連絡用メールアドレスの登録をお願いします。

問合せ先 事務局まで

Email: muroran@hok-art.or.jp