

釧根地区放射線技師会 入会申込書

釧根地区放射線技師会 会長殿

診療放射線技師免許		
国家試験合格年月日	第	回
令和	年	月 日
登録番号	第	号
登録年月日	令和	年 月 日
フリガナ 氏名	男 女	昭和・平成 年 月 日生
〒	—	電話 ()
現住所		
〒	—	電話 ()
勤務先所在地		
フリガナ 勤務先施設名		
貴会からの通信先 イ. 勤務先 ロ. 自宅 (希望に○印をつける)		
連絡用Eメールアドレス (Eメールでの連絡希望の場合ご記入ください)		

■ 貴会のホームページに以下の事項が掲載されることを了承いたします。

イ. 氏名 ロ. 勤務先 ハ. 日本放射線技師会会員番号

※ 上記掲載了承項目に○印をつける。

私は貴会の趣旨に賛同し入会したく申込書および会費を添えて申し込みます。

令和 年 月 日

氏名

Ⓜ

* 入会受付年月日 令和 年 月 日

(*印は当会にて記入します)

氏 名 _____

学 歴	入学年月	卒業・修了年月	学校名（学部・学科・専攻） ※ 高校以下不要		
	年 月	年 月			
	年 月	年 月			
	年 月	年 月			
技 師 職 歴	勤務年月		前 職		
	自 年 月	至 年 月	勤務先名		
			勤務先所在地		
	自 年 月	至 年 月	勤務先名		
			勤務先所在地		
	自 年 月	至 年 月	勤務先名		
			勤務先所在地		
	自 年 月	至 年 月	勤務先名		
		勤務先所在地			
※ 技師格	<input type="checkbox"/> ベーシック <input type="checkbox"/> アドバンスド <input type="checkbox"/> シニア <input type="checkbox"/> マスター				
	登録番号		登録年月日		認定期限
			年 月 日		年 月 日
※ 認定資格	<input type="checkbox"/> 放射線管理士				
	登録番号		登録年月日		認定期限
			年 月 日		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 放射線機器管理士				
	登録番号		登録年月日		認定期限
			年 月 日		年 月 日
※ その他の 資格・免許	名称				
	登録番号		登録年月日		認定期限
			年 月 日		年 月 日
	名称				
	登録番号		登録年月日		認定期限
			年 月 日		年 月 日
※ その他の 資格・免許	名称				
	登録番号		登録年月日		認定期限
			年 月 日		年 月 日

※印は該当箇所のみ記入してください。