

函館放射線技師会 入会申込書

函館放射線技師会会長 殿

私は貴会の趣旨に賛同し、入会いたしたく申込書並びに会費を添えて申し込みします。

申 込 年 月 日	年 月 日			押 印
フリガナ 氏 名				
生 年 月 日	年 月 日 生	性 別	男 ・ 女	
所 属 施 設	(勤 務 先) / (自 宅)			
施 設 名 ・ 部 署 住 所	〒			
電 話 / F a x	☎ () - / Fax () -			
インターネット閲覧環境の有無	無	有 (勤務先 PC ・ 自宅 PC ・ 携帯)		
電子メールによる情報提供先	1. 勤務先 PC 2. 自宅 PC 3. 携帯 電子メールアドレス			
診療放射線技師 免許情報 (必須)	登録番号 号	合格 年月日	年 月 日	
技 師 出 身 校 名				
職 歴	新卒 (職歴無し) ・ 職歴あり			
	前職 施設名			
	退職 年月			
その他 (自由記述)				
※ 新卒入会者は初年度会費無料です。 ※ 夫婦会員は筆頭者、配偶者をその他欄に記載してください (配偶者の会費は半額)。 ※ データ管理のために全ての項目への記入にご協力ください (免許番号は会員 No.とするため必須) ※ お問い合わせは hakodate.art●hok-art.or.jp または事務局まで (●を@でご利用下さい)				