

入会申込書記入例

私は、貴会の趣旨に賛同し定款・規程の遵守を誓い、入会を申し込みます。

西暦 申込日 年 月 日

* 太枠の中は記入漏れの無いように全てご記入ください

* 基本情報	フリガナ	リンショウ ジロウ		日臨技会員番号		
	氏名	臨床次郎 臨床印		(再入会および 仮会員番号をお持ちの方)		
	生年月日	西暦	1990 年 4 月 24 日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	E-mailアドレス	* 携帯のメールアドレスでは会からのお知らせが届かないことがあります rinsho@△△△.jp				
	メールマガジン配信先 メールアドレス	jamtからのメールマガジン配信を希望		する	しない	部署共通のメールアドレスは不可 メールマガジンを受信できるアドレスのみ可
	日中の連絡先	TEL ○○-△△△△-□□□□				
都道府県技師会 入会希望	検査技師会		2019年12月1日より都道府県技師会への入会が必須となりました。 ご記入のない場合は勤務先住所がある都道府県技師会、ご勤務先がない方はご自宅住所のある都道府県技師会を入力いたします。 日臨技とご希望の都道府県技師会年会費・入会金が同時請求されます。			
* 自宅住所	〒 △△△-□□□□ ○○ 都道府県 △△市□□町 1 - 1					
	TEL ○○-△△△△-□□□□ FAX ○○-△△△△-□□□□					
勤務先	施設名	施設番号	○○法人 △△△病院			
	所属部課名	中央検査室				
	所在地	〒 △△△-□□□□ ○○ 都道府県 △△市□□町 2 - 2 TEL ○○-△△△△-□□□□ FAX ○○-△△△△-□□□□				
* 会誌送付先	<input checked="" type="radio"/> 1 自宅 <input type="radio"/> 2 勤務先		* 「医学検査」以外の発送物は、原則「自宅」となります。			
* 臨床検査技師 免許番号	9 9 9 9 9 9 号		登録年月日	西暦 2015 年 4 月 5 日		
* 衛生検査技師 免許番号	号		登録年月日	西暦 年 月 日		
* 臨床検査技師 免許申請中の方	申請中	<input checked="" type="checkbox"/> してください		免許申請中の方は、「登録済証明書」が届き次第、速やかに日臨技事務局に FAXでお知らせください。		
検体採取等 修了番号	9 9 9 9 号		登録年月日	2019年11月20日		
* 検体採取に関する厚生労働省指定講習会 の受講必要の確認	臨床検査技師養成校への入学は2016年4月以降ですか？		1 はい	<input checked="" type="radio"/> 2 いいえ		
資格情報	国家資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士				
		<input type="checkbox"/> その他 ()				

- (注) 1)会員の管理は自宅住所で行います。
2)再入会の方は必ず会員番号をご記入ください。記入がない場合、入会金を徴収いたします。
3)ご登録いただいた個人情報は、個人情報保護規程(裏面)を遵守し、次の「個人情報の取り扱いについて」により運用します。
<個人情報の取り扱いについて>