

**一般社団法人香川県診療放射線技師会 入会申請書**

一般社団法人香川県診療放射線技師会 会長 殿

申請日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、貴会の設立目的に賛同し、あわせて諸規定を厳守しますので、ここに入会を申請いたします。

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

メールアドレス					
入会区分	香川県診療放射線技師会	<input type="checkbox"/>	新入会	<input type="checkbox"/>	再入会
	日本診療放射線技師会	<input type="checkbox"/>	新入会	<input type="checkbox"/>	再入会
旧会員番号	香川県診療放射線技師会	再入会のみ記入してください			
	日本診療放射線技師会	再入会のみ記入してください			
氏名	漢字				
	カナ				
	英語				
性別		<input type="checkbox"/>	男性	<input type="checkbox"/>	女性
生年	年	月	日		
勤務先	施設名				
	所属部署				
	郵便番号				
	住所				
	電話番号				
	FAX番号				
	内線番号				
自宅	郵便番号				
	現住所				
	本籍				
	電話番号				
連絡先	<input type="checkbox"/>	勤務先	<input type="checkbox"/>	自宅	

診療放射線技師免許	国家試験	合格回数									
		合格年月日									
	登録	登録番号									
		登録年月日									
免許取得の学歴	入学年月	年	月								
	卒業年月	年	月								
	学校名										
	学部										
	学科										
	専攻										
関連分野の最終学歴	学位区分	<input type="checkbox"/>	学士	<input type="checkbox"/>	修士	<input type="checkbox"/>	博士	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	その他
	学位番号										
	授与年月										
	授与機関										

以下は本会で記入

受付日	年	月	日	KART No.	
承認日	年	月	日	JART No.	

一般社団法人香川県診療放射線技師会会長 印

※ 記入漏れがあると、入会申請できない場合があります。  
 ※ 個人情報に関する事項は、本会会員データ登録および本会の会員管理以外には、使用しません。