|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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(※必須) | | |  | | | | |
| 入会区分 | 香川県診療放射線技師会 | | □ | 新入会 | □ | 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 |
| 氏名 | 漢字 | |  | | | | |
| カナ | |  | | | | |
| 性別 | | | □ | 男性 | □ | 女性 |  |
| 生年月日 | | |  | | | | |
| 勤務先 | 施設名 | |  | | | | |
| 所属部署 | |  | | | | |
| 郵便番号 | |  | | | | |
| 住所 | |  | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | |
| F　A　X番号 | |  | | | | |
| 内線番号 | |  | | | | |
| 自宅 | 郵便番号 | |  | | | | |
| 現　　 住 　　　所 | |  | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | |
| 連絡先 | | | □ | 勤務先 | □ | 自宅 |  |
|  | | | | | | | |
| 診療放射線技師免許 | 国家試験 | 合格回 |  | | | | |
| 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 | |  | | | | |
| 卒業年月 | |  | | | | |
| 学校名 | |  | | | | |
| 学部 | |  | | | | |
| 学科 | |  | | | | |
| 専攻 | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 関連分野 の最終学歴 | 学位区分 | □ | 学士 | □ | 修士 | □ | 博士 | □ | なし | □ | 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 一般社団法人香川県診療放射線技師会会長 | 印 |

|  |
| --- |
| ※　記入漏れがありますと、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。 |