

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	<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
氏名	漢字				
	力ナ				
性別		<input type="checkbox"/>	男性	<input type="checkbox"/>	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				
	FAX番号				
	内線番号				
自宅	郵便番号				
	現住所				
	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	
		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	<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		

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。