

令和 2 年度 入会 申込 書

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 **2019** 年 **4** 月 **5** 日

* 基本情報	フリガナ	リンショウ ジ ロウ		日臨技会員番号 (再入会のみ)	
	氏名	臨床 次郎 (臨印床)			
	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	rinsho@△△△.jp			
	日中の連絡先	TEL ○○-△△△△-□□□□			
* 自宅住所	〒△△△-□□□□ ○○ _{都道府県} △△市 □□町 1-1				
	TEL ○○-△△△△-□□□□		FAX ○○-△△△△-□□□□		
* 所属希望 都道府県技師会	○○県 臨床 検査技師会		希望しない場合は“無し”と記入してください。 自宅・勤務先以外の技師会を選択する場合は、該当技師会の定款・諸規定を確認してください。		
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		* 会誌以外の発送物は、原則「自宅」となります。		
* 臨床検査技師 衛生検査技師	臨床検査技師 免許番号	号	取得年月日	西暦 年 月 日	
	衛生検査技師 免許番号	号	取得年月日	西暦 年 月 日	
	臨床検査技師	申請中	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> してください 免許番号が分り次第日臨技にご連絡ください。	
その 他 の 資 格	日臨技認定センター 認定資格	* 認定一般検査技師 * 認定心電検査技師 * 認定臨床染色体遺伝子検査師			
	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			
	認定資格	<input type="checkbox"/> その他 ()			
* 保険の種類	A タイプ <input type="checkbox"/> B タイプ <input type="checkbox"/> * 保険の種類は日臨技ホームページ (http://www.jamt.or.jp/) をご覧ください				

- (注) 1) 会員の管理は自宅住所で行います。* 印の項目は必ず記入してください。
 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) 登録された所属希望技師会の年会費を同時に徴収します。(ただし、石川県、福井県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県技師会は日臨技年会費のみ)
 <個人情報の取扱いについて> 入会申込書により受けた会員の個人情報は会員管理以外には使用いたしません。