

# 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 年 月 日

*フリガナ				日臨技会員番号 (再入会のみ)		
*氏名	印					
*生年月日	西暦	年	月	日	性別	男 女
*フリガナ						
* 自宅住所	〒 都道府県					
	TEL			FAX		
	E-mail アドレス					
*所属都道府県技師会	検査技師会					
*勤務先名						
*所属部課名						
* 勤務先所在地	〒 都道府県					
	TEL			FAX		
	E-mail アドレス					
*会誌送付先	1 自宅		2 勤務先			
* 臨床検査技師 免許番号 衛生検査技師 免許番号	号	取得年月日	西暦	年	月	日
	号	取得年月日	西暦	年	月	日
その他の資格	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 ( )					
	認定資格					
*賠償保険の種類	A タイプ		B タイプ			
* 保険の種類は日臨技ホームページ( <a href="http://www.jamt.or.jp/">http://www.jamt.or.jp/</a> )をご覧ください						

(注) 会員の管理は自宅住所で行います。\*印は記入必須です。なお、この内容は会員管理以外には使用いたしません。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。