

第1号様式（規程第2条関係）

申請日（西暦） 年 月 日

公益社団法人日本診療放射線技師会 入会申込書

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

入会区分	新入会・再入会（旧会員番号_____） ※再入会の場合は旧会員番号を記入してください。		
フリガナ			
①氏名			
ローマ字			
②生年月日	（西暦） 年 月 日	③性別	男・女
④メールアドレス （携帯アドレス不可）			
⑤住所地	郵便番号	〒	都道府県
	市区町村		
	番地		
	ビル名等		
	電話番号	（ ） —	
⑥所属する都道府県（診療）放射線技師会	_____（診療）放射線技師会		
⑦放射線技師免許関係			
技師免許の種別	免許の種類	診療放射線技師・診療エックス線技師	
	許可を受けた都道府県 （診療エックス線技師）		
技師免許証登録	国家試験合格	第 回 （西暦） 年 月 日 合格	
	登録番号登録年月日	第 号 （西暦） 年 月 日 登録	
*入会申込時に放射線技師免許の写しを添えて提出してください。			

第1号様式（規程第2条関係）

⑧ 免許取得の最終学歴	学校名				
		学部・学科			
	入学年月	(西暦) 年 月	卒業年月	(西暦) 年 月	
⑨ 関連分野の最終学歴	学 位				
	学 位 記 番 号				
	授与年月	(西暦) 年 月			
	授与機関				
⑩ 勤 務 先	フリガナ 施 設 名	-----			
		部 署			
	郵便番号	〒	都道府県		
	市区町村				
	番 地				
	ビル名等				
	代表電話番号				
	直通または内線				
	代表 FAX 番号				
⑪ 連絡先および会誌等の送付先 (重要な書類等の送付先)		1. 住所地 ・ 2. 勤務先			
⑫本情報の取り扱いの同意	<input type="checkbox"/> 私は、本情報が日本診療放射線技師会のほか、所属する都道府県放射線技師会に登録されることに同意いたします。				
*会 長 承 認 欄	入会を	承 認	公益社団法人日本診療放射線技師会会長 上 田 克 彦 ㊞		
		不承認	承認可否年月日	年 月 日	
* 事務手続欄	技師会受付欄		会費入金確認欄		
	データ処理欄		添付物（免許関連）		

- \* 太枠内①～⑩の項目は、すべてご記入ください。
- \* ⑫については書類の提出を以て同意の意思とします。
- \* 個人情報に関する事項は、会員のデータ登録および技師会の会員管理以外には、使用しません。