一般社団法人　日本臨床衛生検査技師会

平成　　年度　入 会 申 込 書

私は、貴会の趣旨に賛同し定款・規程の尊守を誓い、入会を申し込みます。

西暦
＊ 申込日　　年　　月　　日

＊ 基本情報	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	
	E-mailｱﾄﾞﾚｽ	jamtからのメールマガジン　送信を希望　する　しない　＊携帯のメールアドレスは不可			
	日中の連絡先	TEL			
＊	自宅住所	〒　都道府県			
		TEL　FAX			
＊	都道府県技師会入会希望	検査技師会	1 入会を希望された技師会の入会手続きに従ってください。 2 自宅・勤務地以外の技師会の入会する場合は、該当技師会の定款・諸規定を確認してください。 3 入会を希望しない場合は"無し"と記入してください。		
勤務先	施設名	施設番号			
	所属部課名				
	所在地	〒　都道府県 TEL　FAX			
＊	会誌送付先	1　自　宅　　2　勤務先	＊「医学検査」以外の発送物は、原則「自宅」となります。		
＊	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	☑してください	免許申請中の方は、「登録済証明書」が届き次第、速やかに日臨技事務局にFAXでお知らせください。	
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	□ 医師　□ 歯科医師　□ 獣医師　□ 薬剤師　□ 臨床工学技士			
		□ その他（　　）			
	認定資格				
＊	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(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、福井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。

2013/12/10