　一般社団法人新潟県診療放射線技師会　会長殿

入会申込書

私は、貴会の目的に賛同し、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。

※診療放射線技師免許証の写しを添えて、提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | (西暦)9999年99月99日 | |
| 入会区分 | □新入会　　□再入会 | | | | | | |  | |
| 氏名 | カナ | 姓: | | | | 名: | |  | |
| 漢字 | 姓: | | | | 名: | |  | |
| 性別 | □男性　□女性 | | | | | | |  | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | (西暦)9999年99月99日 | |
| 勤務先 | 施設名 | |  | | | | | | |
| 部署 | |  | | | | | | |
| 内線番号 | |  | | | | | | |
| ※登録されていない施設の場合は、別に施設申請が必要です | | | | | | | | |
| 自宅 | 郵便番号 | | － | | | | | (例) 999-9999 | |
| 住所 | |  | | | | | (例) 市区町村番地 | |
|  | | | | | (例) マンション名等 | |
| 電話番号 | |  | | | | | (例) 03-9999-9999 | |
| 連絡先 | 連絡先 | | | □勤務先　　□自宅 | | | | | |
| メールアドレス | | | @ | | | | | |
| ※同時に日本診療放射線技師会への入会を申請の代行依頼を　□する　□しない  「する」場合は、下記に記入が必要です。 | | | | | | | | | |
| 診療放射線  技師免許 | 国家試験 | | 第　　　回 | | | | 合格年月日：　　　年　　　月　　　日 | | |
| 登録 | | 第　　　　　　　　　号 | | | | 登録年月日：　　　年　　　月　　　日 | |
| 免許取得の学歴 | 入学年月 | | | | 年　　　月 | | |  | |
| 卒業/修了年月 | | | | 年　　　月 | | |  | |
| 学校名 | | | |  | | |  | |
| 学部・学科 | | | |  | | |  | |
| 学科 | | | |  | | |  | |
| 専攻 | | | |  | | |  | |
| 関連分野の  最終学位 | 学位区分 | | | | □学士 □修士 □博士 □なし | | | | |
| 学位記番号 | | | |  | | |  | |
| 授与年月 | | | | 年　　　月 | | |  | |
| 授与機関 | | | |  | | |  | |

※新潟県診療放射線技師会記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIART  決裁情報 | *受付日* | 年　　　月　　　日 | |
| 申請入力 | 年　　　月　　　日 | 担当者: |
| 会費振込日  (入会日) | 年　　　月　　　日 | |
| 理事会承認 | 年　　　月　　　日 |  |
| システム入力 | 年　　　月　　　日 | 担当者: |
| 入会通知書送付 |  | 同封会誌・ニュース |
| JART | 代行入力 | 年　　　月　　　日 | 担当者: |