

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	<input type="checkbox"/> 新入会 <input type="checkbox"/> 再入会		
氏名	カナ	姓:	名:
	漢字	姓:	名: <input type="checkbox"/>
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 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		
	専攻		
関連分野の 最終学位	学位区分	<input type="checkbox"/> 学士 <input type="checkbox"/> 修士 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 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: