

入 会 申 込 書

公益社団法人東京都診療放射線技師会 殿
 公益社団法人日本診療放射線技師会 殿

氏名・性別		印	男・女
氏名(かな)			
氏名(英語)			
生年月日		昭和・平成	年 月 日生
メールアドレス			
勤 務 先	勤務先名	部署	
	勤務先所在地	〒 -	
	電 話		
自 宅	現住所	〒 -	
	電 話		
全会よりの通信先	勤務先 ・ 自宅		
技 師 籍	資格取得	診療エックス線技師 ・ 診療放射線技師	
		第 回 国家試験合格	
		昭和・平成 年 月 日	
	技師籍登録	厚生労働省(厚生省) 第 号	
	昭和・平成 年 月 日		
学 歴	年 月	入学	
	年 月	卒業・修了	
	年 月		
技 師 職 歴	年 月		
	年 月		
	年 月		
関 連 免 許	免 許 名	登 録 番 号	登 録 年 月 日
			年 月
			年 月
			年 月
備 考			

受 付	平成	年	月	日	
理事会承認	平成	年	月	日	印
入会通知	平成	年	月	日	印