

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	〒 ー		
	電話			
自宅	現住所	〒 ー		
	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

令和 年 月 日

理事会承認

令和 年 月 日 印

入会通知

令和 年 月 日 印