

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 **会員異動届**

- | | |
|-----------------|-----------|
| 1 基本情報の変更 | ① ② を記入 |
| 2 自宅住所の変更 | ① ② ③ を記入 |
| 3 勤務先の変更（退職も含む） | ① ② ④ を記入 |
| 4 会誌の送付先変更 | ① ② ⑤ を記入 |
| 5 所属技師会の変更 | ① ② ⑥ を記入 |
| 6 保険の種類の変更（注） | ① ② ⑦ を記入 |
| 7 口座の変更 | ① ② ⑧ を記入 |
- 西暦

届出日 年 月 日

① 基本 情報	フリガナ			
	氏名	②	会員番号	
	E-mailアドレス	<small>メールマガジンの配信を希望 する しない * 携帯アドレスの場合は、PCからのメールを受信できるように設定してください。</small>		
	日中の連絡先	TEL		
③ 自宅	自宅住所	〒 都道府県		
		TEL	FAX	
④ 勤務 先	勤務先（変更 退職）			
	施設名	施設番号		
		施設名		
		所属部課名		
⑤ 所在地	〒	都道府県		
	TEL	FAX		
	<small>* 携帯アドレスの場合は、PCからのメールを受信できるように設定してください。</small>			
	E-mail アドレス			
⑤	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		
⑥	入会希望都道府県技師会	検査技師会 希望しない場合は“無し”と記入してください		
⑦	賠償保険の種類	A タイプ B タイプ		
		<small>（注） 保険の種類の変更は年1回の更新時6月1日です（保険期間の途中での変更はできません）。 毎年4月末日までに届出があったものについて更新されます。</small>		
⑧	口座の変更	口座振替依頼書を添えてください。（日臨技ホームページから印刷してください）		

（注）登録内容に変更が生じたら速やかに日臨技事務所に届け出てください。