

一般社団法人 富山県臨床検査技師会
平成 年度 入会申込書

私は、一般社団法人 富山県臨床検査技師会の趣旨に賛同し定款・規程の遵守を誓い、入会を申し込みます。

西暦 年 月 日
申込日

* 基本情報	フリガナ			日随技会員番号 (再入会のみ)	
	氏名				
* 勤務先	生年月日	西暦	年	月	日
	E-mailアドレス				
* 自宅住所	日中の連絡先	Tel			
	施設名	〒	富山県		
* 会誌送付先	施設名	Tel	FAX		
	施設番号				
* 臨床検査技師 免許番号	所属部課名				
	所在地	〒	富山県		
* 衛生検査技師 免許番号	1 自宅	2 勤務先	会誌以外の発行物は、原則「自宅」となります。		
	取得年月日	取得年月日	西暦	年	月 日
* 臨床検査技師	取得年月日	取得年月日	西暦	年	月 日
	申請中	チェックしてください。免許番号がわかり次第日随技にご連絡ください			
* その他の資格	日随技認定センター 認定資格	* 認定一般検査技師 * 認定心電図検査技師 * 認定臨床染色体遺伝子検査師			
	国家資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床工学士 <input type="checkbox"/> その他()			
	認定資格				

1) *印の項目は必ず記入してください。

2) 再入会の方は必ず会員番号を記入してください。記入がない場合は入会金を徴収します。