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・規程の尊守を誓い，入会を申し込みます．

西暦
申込日　　年　　月　　日

＊ 基本情報	フリガナ		日臨技会員番号（再入会のみ）		
	氏名				
	生年月日	西暦　　年　　月　　日		性 別	男 女
	E-mailアドレス				
	日中の連絡先	Tel			
＊ 自宅住所		〒 都道府県 Tel　　FAX			
勤務先	施設名	施設番号			
	所属部課名				
	所在地	〒 都道府県 Tel　　FAX			
＊ 会誌送付先		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．			
＊	臨床検査技師免許番号	号	取得年月日	西暦　　年　　月　　日	
	衛生検査技師免許番号	号	取得年月日	西暦　　年　　月　　日	
	臨床検査技師	申請中 □	チェックしてください．免許番号がわかり次第日臨技にご連絡ください		
その他の資格	日臨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			
	国家試験	□ 医師　□ 歯科医師　□ 獣医師　□ 薬剤師　□ 臨床工学士			
		□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．