

*登録番号 第 号

*入金番号 (4 4)

公益社団法人 福井県診療放射線技師会殿

入会申込書

私は、貴会に入会したく、会費を添えて申し込みます。

令和 年 月 日

.....
(フリガナ)

氏名

印

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 性別 (男・女)

現住所

〒 - TEL - -

.....
(フリガナ)

.....
(フリガナ)

勤務先名称 所属

勤務先住所

〒 - TEL - -

FAX - -

アドレス (情報発信希望者のみ)

*受付年月日		令和	年	月	日	係印
*理事会承認年月日		令和	年	月	日	係印
国家試験合格年月日		第 回	平成・令和	年	月	日
診療放射線技師免許		第 回	平成・令和	年	月	日
	入学年月	卒業年月	学校名 (学部・学科・専攻)			
学歴	昭和・平成 年 月	年 月				
	昭和・平成 年 月	年 月				
	昭和・平成 年 月	年 月				
	昭和・平成 年 月	年 月				
	就職年月	退職年月	勤務先名称	所在地		
職歴	昭和・平成・令和 年 月	年 月				
	昭和・平成・令和 年 月	年 月				
	昭和・平成・令和 年 月	年 月				
	昭和・平成・令和 年 月	年 月				
	免許名		取得年月			
関連免許等			昭和・平成・令和	年	月	
			昭和・平成・令和	年	月	
			昭和・平成・令和	年	月	
			昭和・平成・令和	年	月	
賞罰・特技・趣味等						

学歴は、高校卒業以降からお願いいたします。

・*印は、技師会事務局で記入いたします。