

一般社団法人 富山県臨床検査技師会  
 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  
 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 衛生検査技師	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	<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。