公益社団法人東京都臨床検査技師会 入会申込書

私は、貴会の趣旨に賛同し、（西暦）　　年度より入会を申し込みます。

申込日　（西暦）　　年　　月　　日

氏 名　　印

区　　分	□ 新入会　□ 再入会（以前の日臨技会員番号※1　　）	
会　員　種　別	□ 正会員　□学生会員から正会員　□ 学生会員 **【注意】定款 第10条（2）の規定より、入会年度から8年が経過した学生会員は会員資格が喪失となります。**	事務局使用欄（会員番号欄）
フリガナ 氏　　名		男　・　女
生 年 月 日	（西暦）　　年　　月　　日生	
E-mailアドレス		
日 中 の 連 絡 先	TEL	
自　宅　住　所	〒 都道　　市　　町 府県　　区　　村 （建物名）　　（部屋番号） TEL　　FAX	
勤　務　先 （学生は学校名）		
所　　属 （学 生 は 学 年）		
※2 勤務先住所	〒 TEL　　FAX	
※2 郵送物送付先	1　自　宅　・　2　勤務先 自宅郵送を希望される場合は、表札がないと届かない場合がありますのでご注意下さい.	
※2 日 臨 技 加入の有無	□ 加入済み　　□ 未加入 （日臨技会員番号※1　　）	
※2 臨床検査技師 名簿登録番号	号	登録年月日（西暦）　　年　　月　　日
※2検体採取等に関する 厚生労働省指定 講習会修了番号	号	修了年月日（西暦）　　年　　月　　日
※3 都臨技学生会員登録番号		

※1 不明の場合は不要です.　※2 学生会員は不要です.　※3 学生会員から正会員への入会希望の方は記入をお願いします.

（2019 年 6 月 5 日改定）