



公益社団法人 大阪府臨床検査技師会 入会申込書

【注意】この入会申込書は、(公社)大阪府臨床検査技師会専用です。
日本臨床衛生検査技師会にも入会される場合は、日臨技ホームページ<http://www.jamt.or.jp/>から
入会申し込みし、その際、所属希望都道府県技師会を大阪府と指定してください。

私は、貴会へ下記の通り、入会を申し込みます。

※該当するものに○印を付してください。

1. 新入会 ① ② ③ ⑤に必要事項を記入
2. 再入会 ① ② ③に必要事項を記入
3. 重複会員として入会 ① ② ③ ④ ⑤に必要事項を記入

申込日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

入会年度	(西暦) _____ 年度 から			
① 基本 情報	フリガナ		会員番号	
	氏名			
	生年月日 (西暦)	年 月 日	性別 (○印)	男性 女性
② 勤務 先 情報	施設番号			
	正式施設名称		部課名	
	正式施設名称 カナ		部課名 カナ	
	施設名略称 (部課名) (印刷物発送用に使用)		所属	
	所在地	〒 _____ 都道府県 _____ 市区郡	Tel: _____ Fax: _____	連絡用メールアドレス: _____
③ 自宅 情報	自宅住所	〒 _____ 都道府県 _____ 市区郡	Tel: _____ Fax: _____	連絡用メールアドレス: _____
	主とする所属技師会	現在、 _____ 臨床(衛生)検査技師会に入会しています。		

【注意】 1. 会員区分(「施設会員」・「自宅会員」)について
勤務先情報が記入されている場合は「施設会員」、勤務先情報が記入されていない場合は「自宅会員」として登録されます。
重複会員は、自宅会員扱いとなります。
2. 発送物(大臨技ニュース・会報、簡易文書等)の送付先について
「施設会員」は施設毎に施設連絡責任者宛にまとめて送付され、「自宅会員」は自宅宛に送付されます。

⑤ 取得 資格	臨床検査技師免許番号		取得年月日 (西暦)	年 月 日
	衛生検査技師免許番号		取得年月日 (西暦)	年 月 日
	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"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	認定資格 (取得している資格を記入)			

【注意】 1. 登録内容に変更が生じた場合、速やかに「大臨技会員異動届」を大臨技事務所に提出してください。
2. 郵送による届出先はすべて「大臨技事務所」宛にお願いします。

以上の個人情報は、技師会活動に必要な範囲で使用し、それ以外の目的で使用することはありません。