

公益社団法人 大阪府臨床検査技師会

臨床検査技師免許証番号 届出書

臨床検査技師免許証申請中で入会された方についてお願いいたします。
免許証を取得された方は、この届出書の下記内容について記入し、速やかに大臨技事務所まで送付してください。

- * 臨床検査技師免許証番号の届出がない場合は、**3月末日で除籍扱い**となります。
- * 臨床検査技師免許証番号届出に関する再度の請求はいたしません。

1. 【会 員 番 号】 【

2. 【会 員 氏 名】 【

3. 【臨床検査技師免許証番号】 【

4. 【臨床検査技師免許証取得年月日】 【 年 月 日】

※上記 1～4 まで正確に記入してください。

《送付先》

〒543-0018

大阪市天王寺区空清町 8-33

大阪府医師協同組合東館 4 階

公益社団法人 大阪府臨床検査技師会 事務所

TEL : 06-6763-5652 FAX : 06-6763-5653

※記入後、この届出書を郵送または FAX にて送付してください。

臨床検査技師免許証申請中の方は仮登録の状態です。免許証番号をご連絡いただきましたら、正会員として正式登録いたします。