

横須賀三浦放射線技師会 入会申込み書

(*) 必須。ただし強制ではありません。

ふりがな (*)		性別 (*)	男 ・ 女
氏名 (*)		生年月日 (*)	昭和・平成 年 月 日生
自宅住所 電話番号 (*)	〒 自宅Tel () 携帯 ()		
PCメールアドレス (*)	@		
携帯メールアドレス	@		
勤務施設名 (*)			
勤務先住所 電話番号 (*)	〒 施設Tel ()		
JART No. (*)		KART No. (*)	
資格・認定資格名 (*)	登録番号	交付年月日	
卒業校	学校名 (*)	入学年月	卒業年月
技師暦	施設名	入社年月	退社年月
表彰暦	受賞名称 (*)		受賞年月
備考	<input type="checkbox"/> 会員住所録への会員名の記載を希望しない。 <input type="checkbox"/> 本会役員職に就いた場合も、ホームページにおける役員一覧への氏名の記載を希望しない。 <input type="checkbox"/> 広報紙への氏名の記載を希望しない。必要に応じてペンネームなどを使用する。 <input type="checkbox"/> 緊急時連絡網への記載を希望しない。緊急連絡は無くても構わない。		