

日本核医学技術学会入会申込書

氏 名	核技 太郎	性 別	生 年 月 日	印
ふりがな	かくぎ たろう	男・女	<input checked="" type="radio"/> S H 56・01・01	<input checked="" type="radio"/> 核技
勤 務 先 名	日本核医学技術学会病院	所 属	中央放射線部	
勤 務 先 住 所	〒530-0043 大阪府大阪市北区天満 1 丁目 1 8-1 9 アスペック天満橋 4 0 3 号			
電 話 ・ FAX	TEL (06) 6357 -0978 内線 (1234) FAX (06) 6357 -0979			
自 宅 住 所	〒530-0043 大阪府大阪市此花区桜島 2-1 ユニバーサルマンション 1 0 1 号			
電 話	TEL (06) 1234-5678			
電子メール アドレス	Jsnt-office @ umin.ac.jp			
専門分野 (取得資格等)	<input checked="" type="radio"/> 1. 放射線技術 2. 臨床検査技術 <input type="radio"/> 3. 医学・薬学・物理 4. その他 ()			
業務内容	VIVO ・ VITRO ・ <input checked="" type="radio"/> 両 方 ・ その他 ()			
最終学歴	日本核医学大学 核医学技術学部 平成 14年卒業			
申込年月日	平成 1 9 年 9 月 1 日			
学会誌送付先	自 宅 <input checked="" type="radio"/> 勤 務 先 (どちらかに○をして下さい)			

略名でなく正式
名称で記入し
てください。

都道府県名か
ら記入してくだ
さい。

都道府県名か
ら記入してくだ
さい。

電話番号等も
忘れずに記入
してください。

ハッキリと記入
ください。
特にアンダー
バーとハイフォ
ンは区別でき
るようにしてく
ださい。

貴会の趣旨に賛同し、入会金2000円及び平成 19 年度会費10000円を添えて入会を
申し込みます。
(本会の会計年度は9月1日～翌年8月31日までです。)

年度の記入を忘れないようにお願いし
ます。(注)平成20年度と記入された場
合は、平成20年9月1日から翌年
8月31日までの会費ということです。