

## 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	(S) H 56・01・01	核技
勤務先 名 称	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18-19 アスペック天満橋403号 TEL (06) 6357-0978 内線(1234) FAX (06) 6357-0979				
電話・FAX	〒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101号 TEL (06) 1234-5678				
自宅住所					
電話					
電子メール アドレス	Jsnmt-office @ umin.ac.jp				
専門分野 (取得資格等)	1. 放射線技術 2. 臨床検査技術 3. 医学・薬学・物理 4. その他 ( )				
業務内容	VIVO・VITRO・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19年 9月 1日				
学会誌送付先	自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 (どちらかに○をして下さい)				

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。

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  
ョンは区別でき  
るようにしてく  
ださい。