

# 日本核医学技術学会入会申込書

略称ではなく、正式名称で記入してください。

必ず都道府県名から記入してください。

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

大学病院情報ネットワークのID (UMIN ID) を既にお持ちの方は ID を記入してください。お持ちでない場合は無記入でお願いします。

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	⑤ H 56・01・01	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1-18-19 アスペック天満橋403号			
電話・FAX	TEL(06)6357-0978 内線(1234) FAX(06)6357-0979			
自宅住所	〒554-0031 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			
電話	TEL(06)1234-5678			
電子メールアドレス	jsnmt @kakuigaku.ne.jp			
UMIN ID (保有者のみ)	1234 - kakugi 保有しているがID不明			
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19年度卒業			
申込年月日	平成20年09月01日	取得資格 (学位等含む)	診療放射線技師	
学会誌送付先	自宅・勤務先(どちらかに をして下さい)			

電話番号も忘れずに記入してください。

UMIN IDは、保有しているが、IDを忘れたという方はチェックを入れてください。

貴会の趣旨に賛同し、入会金2000円及び、平成20年度 会費10000円を添えて入会を申し込みます。なお、入会に際し UMIN ID を取得することに同意いたします。

(本会の会計年度は、9月1日～翌年8月31日までです。)

例)平成20年度は、平成20年9月1日から平成21年8月31日までとなります。

会員 No.	受付月日	入金確認
--------	------	------

( 記 入 不 要 )

UMIN ID を利用した当会の電子情報サービスを利用するため、新入会者には ID を取得していただきます。既に職場等で ID をお持ちの方は、その ID を利用できます。

申込先：〒530-0043 大阪市北区天満1丁目18-19 アスペック天満橋403号

日本核医学技術学会 事務局

電話 06-6357-0978 (FAX共通)

E-mail jsnmt-office@umin.ac.jp

郵便振替口座番号 00960-6-319470