

日本核医学技術学会入会申込書

氏 名		性 別	生 年 月 日	印
ふりがな		男・女	S H . .	
勤 務 先 名 称		所 属		
勤 務 先 住 所	〒			
電話・FAX	TEL () — 内線 () FAX () —			
自 宅 住 所	〒			
電 話	TEL () —			
電子メール アドレス	@			
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	年度卒業			
申込年月日	平成 年 月 日			
学会誌送付先	自 宅 ・ 勤 務 先 (どちらかに○をして下さい)			
紹介会員名	会員 NO. _____			印

貴会の趣旨に賛同し、入会金2000円及び、平成 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、6月1日～翌年5月31日までです。)

例) 平成15年度は、平成15年6月1日から平成16年5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)

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)

郵便振替口座番号 00960-6-319470