

# 社団法人日本超音波医学会入会申込書

社団法人日本超音波医学会定款・規則等に同意の上、入会を申し込みます。

|                    |   |  |          |  |
|--------------------|---|--|----------|--|
| フリガナ               |   | 性別   | 男 ・ 女    |  |
| 氏名                 |   | 生年月日   | 19 年 月 日 |  |
| 自宅住所               | 〒   | TEL  | — —      |  |
|                    | 都道府県 市区   |  |          |  |
| 勤務先                | 名称  |  |          |  |
|                    | 部・課   |  |          |  |
|                    | 所在地   | 〒  |          |  |
|                    |   | 都道府県 市区                                      |          |  |
| TEL                | — —   | FAX  | — —      |  |
| E-mail (携帯を除く)     |   |  |          |  |
| 最終学歴               | 大学 学部 科 年月卒<br>学校 専攻 学年在学中<br>* 在学中の方は卒業予定年も記入して下さい 20 年 月卒業予定  |  |          |  |
|                    | 大学院   | ※(必須)大学院の方は上欄に大学卒もお書き下さい。<br>大学院 研究科 課程 年月修了 |          |  |
| 取得学位               | (1)   | (2)  |          |  |
| 保有免許及び免許番号         | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師    (保有免許番号)<br><input type="checkbox"/> 診療放射線技師<br><input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 |  |          |  |
| 郵便物送付先             | 勤務先 ・ 自宅  |  |          |  |
| 準会員申込の方は右欄も必ず記入下さい | 1. 英文誌の発送について【希望する・辞退する】<br>2. 超音波医学会認定検査士資格について【有→検査士No (RMS) _____ ・ 無】   |  |          |  |

|           |                  |    |
|-----------|------------------|----|
| 学 会 使 用 欄 | 正会員 ・ 準会員 ・ 学生会員 |    |
| 受付年月日     | 予備番号             | 担当 |
| 入会承認年月日   | 会員番号             |    |

入会金・年会費振込受領印押印の払込票写しを裏面に添付して下さい。 (2010.11)

送付先：〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-23-1 お茶の水センタービル6階 (社)日本超音波医学会