

# 公益社団法人日本超音波医学会入会申込書

公益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 郡 市 府 県 区			
勤務先	名称			
	部・課			
	所在地	〒		
		都 道 郡 市 府 県 区		
TEL	— — 内線 ( )	FAX	— —	
E-mail (携帯を除く)				
最終学歴	大学 学部 科 年 月卒 学校 専攻 学年在学中 * 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。 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 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師		(保有免許番号)	
郵便物送付先 <small>(希望の方へ印をつけて下さい。印が無い場合は勤務先を優先します)</small>	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	本会在籍の有無 <small>(どちらかに印をつけて下さい)</small>	<input type="checkbox"/> はじめて入会する <input type="checkbox"/> 過去に在籍していた <small>(在籍されていた方は会員番号、入会年等、可能な範囲で記載して下さい)</small> 【 _____ 】	
準会員へ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】 2. 超音波医学会認定超音波検査士資格について【有→検査士No (RMS) _____ ・無】			

学 会 使 用 欄	正会員 ・ シニア会員 ・ 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	

(2017. 4)