

平成 年度 入会 申込書

私は、貴会の趣旨に賛同し定款・規程の遵守を誓い、入会を申し込みます。

西暦
 申込日 年 月 日

* 太枠の中は記入漏れの無いように全てご記入ください

* 基本情報	フリガナ			日臨技会員番号 (再入会のみ)				
	氏名	印						
	生年月日	西暦	年	月	日	性別	男	女
	E-mailアドレス	* 携帯のメールアドレスでは会からのお知らせが届かないことがあります						
	日中の連絡先	TEL						
都道府県技師会 入会希望	検査技師会		日臨技支部の設定について 都道府県技師会を基に設定していますが、都道府県技師会を「なし」と選択された場合、自宅住所を基に設定します。 自宅・勤務先以外の都道府県技師会を希望する場合は、該当都道府県技師会の定款・諸規定を確認してください。					
* 自宅住所	〒							
	都道府県							
		TEL	FAX					
* 勤務先	施設名	施設番号						
	所属部課名	〒						
	所在地	都道府県						
		TEL	FAX					
* 会誌送付先	1 自宅		2 勤務先		* 「医学検査」以外の発送物は、原則「自宅」となります。			
* 保険の種類	A タイプ		B タイプ					
* 保険の種類は日臨技ホームページ(http://www.jamt.or.jp/)をご覧ください								
* 臨床検査技師 免許番号	号	登録年月日	西暦	年	月	日		
* 衛生検査技師 免許番号	号	登録年月日	西暦	年	月	日		
* 臨床検査技師 免許申請中の方	申請中	<input checked="" type="checkbox"/> してください	免許申請中の方は、「登録済証明書」が届き次第、速やかに日臨技事務局にFAXでお知らせください。					
検体採取等 修了番号	号	登録年月日						
資格情報	国家資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士						
			<input type="checkbox"/> その他 ()					

(注) 1)会員の管理は自宅住所で行います。

2)再入会の方は必ず会員番号をご記入ください。記入がない場合、入会金を徴収いたします。

3)登録された所属都道府県技師会の年会費を同時徴収します。

4)ご登録いただいた個人情報は、個人情報保護規程(裏面)を遵守し、次の「個人情報の取り扱いについて」により運用します。

<個人情報の取り扱いについて>

当会は、「入会申請書」「会員異動届」「口座振替依頼書」により提供を受けた会員の個人情報を以下の目的に使用し、他に流用しません。
 なお、以下の目的を達成するために、当会が必要かつ適正と認めた業務委託先には、既得の個人情報を含め、その一部または全部を提供することがあります。

- ①当会の年会費の口座振替およびコンビニ払い請求業務
- ②全員加入保険(臨床検査技師賠償責任保険及び普通傷害保険)の加入手続き業務
- ③会報誌、研修会、認定制度等の当会の活動全般に関する会員へのサービス業務(登録・送付・受付・メール通知他)
- ④当会における会員管理業務
- ⑤前記①～④に付随する業務