

# 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					
	メールマガジン配信先メールアドレス	jamtからのメールマガジン配信を希望		する		しない	
	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( <a href="http://www.jamt.or.jp/">http://www.jamt.or.jp/</a> )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	<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

# 日臨技年会費 口座振替依頼書

私は、日臨技年会費の口座振替のため本紙記載の口座を登録します。  
 なお、下記の「個人情報の取扱いについて」も確認いたしました。

記入年月日	平成 年 月 日	日臨技会員番号	<input type="text"/>
フリガナ		本紙についてのお問い合わせ先	(自宅・勤務先・携帯)
氏名			— —
自宅住所	〒 —		

## 個人情報の取扱いについて

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
- 一般社団法人日本臨床衛生検査技師会

### 【個人情報の取扱いについて】

お客さまのお取引を安全かつ確実にすすめ、より良いサービスを提供させていただくため、お客さまに関する必要な情報を収集させていただいております。これらの情報は、口座振替、その他委託業務上必要な範囲で利用させていただいております。なお、当社におけるお客さまに関する情報の取扱いについては、ホームページ(<http://www.mbskk.co.jp/>)をご覧ください。

明治安田システム・テクノロジー株式会社

### — 預金口座振替規定 — (ゆうちょ銀行は除く)

- 貴行(金庫、組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
  - 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
  - この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、貴行はこの契約が終了したものとして取扱ってさしつかえありません。
  - この預金口座振替についてかりに紛議が生じて、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。
- <ゆうちょ銀行を指定される場合は、自動払込み規定が適用されます。>

切り取らないでください！ 金融機関持込み不要！

金融機関提出用

## 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収加)

H000000

銀行・信用金庫・労働金庫  
 信用組合・ゆうちょ銀行・農協・漁協

(記入日・西暦) 年 月 日

御中

団体名 一般社団法人日本臨床衛生検査技師会

収納代行会社名 明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)

新規登録? 変更登録 3

異動コード	2 3 2 1	適用振替年月日	2 0 年 0 2 月 2 7 日	委託者番号	9 1 0 0 1 1 9 3 4 0
顧客番号(左づめ)					

お客様名	力 ナ	
	漢 字	
	電話番号	

\*振替(払込)日は、12日または27日(当日が休業日の場合は翌営業日)

指定口座	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協	本店 出張所	金融機関番号	店舗番号	預金種目 普通 当座	口座番号(右づめで記入)
	ゆうちょ銀行	種目コード	契約種別コード	通帳記号	通帳番号(右づめで記入)	
	払込先口座番号	00140-5-120363	払込先加入者名	明治安田システム・テクノロジー株式会社	払込金の種別	集金 30
	カナ預・貯金者名					
口座名義人 (預・貯金者名)	(法人名の場合は金融機関お届けの肩書・代表者名もご記入ください。)					

契約者および預金者は、明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)を収納代行会社として、上記「預金口座振替規定」および「個人情報の取扱いについて」に同意のうえ、口座振替を依頼します。

【お願い】 この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、右記該当項目に○印をつけて明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)へ至急ご返送ください。  
 (〒135-8385 東京都江東区東陽2-2-20 東陽駅前ビル10階)

金融機関使用欄	不備返却事由			
	1 預金取引なし	3 印鑑相違		
	2 記載事項等相違 ア. 店名 イ. 預金種目 ウ. 口座番号 エ. 口座名義	4 その他事由		
	(備考)			

検印	受付印 取扱店日附印
印鑑照合	

\*ゆうちょ銀行は捺印不要

金融機関お届け印を必ず2ヶ所に捺印してください