

入会申込書記入例

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	リンショウ ジロウ		日臨技会員番号 (再入会のみ)			
	氏名	臨床次郎 臨床					
	生年月日	西暦	1990年	4月	24日	性別	男 女
	E-mailアドレス	rinsho@△△△.jp <small>* 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</small>					
	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		部署共通のメールアドレスは不可 メールマガジンを受信できるアドレスのみ可	
	日中の連絡先	rinsho@△△△.jp TEL 〇〇-△△△△-□□□□					
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	〒 △△△-□□□□		〇〇 都道府県 △△市□□町 1 - 1				
	TEL 〇〇-△△△△-□□□□		FAX 〇〇-△△△△-□□□□				
* 勤務先	施設名	施設番号	〇〇法人 △△△病院				
	所属部課名	中央検査室					
	所在地	〒 △△△-□□□□	〇〇 都道府県 △△市□□町 2 - 2		TEL 〇〇-△△△△-□□□□ FAX 〇〇-△△△△-□□□□		
* 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	<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)
- 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