

# 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。

申込日 年 月 日

\*の欄は記入漏れの無いように全てご記入ください

|                                     |                             |   |   |   |   |    |       |   |  |  |  |  |                             |  |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|----|-------|---|--|--|--|--|-----------------------------|--|
| *<br>基本<br>情報                       | フリガナ                        |   |   |   |   |    |       | 日臨技会員番号<br>(再入会および<br>仮会員番号をお持ちの方)  |  |  |  |  |                             |  |
|                                     | 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<br>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<br>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                      | TEL   |   |   |   |    |       |   |  |  |  |  |                             |  |
|                                     | 都道府県技師会<br>入会希望             | 検査技師会   |   |   |   |    |       | 2019年12月1日より都道府県技師会への入会が必須となりました。<br>ご記入のない場合は勤務先住所がある都道府県技師会、ご勤務先がない方はご自宅住所のある都道府県技師会を入力いたします。<br>日臨技とご希望の都道府県技師会年会費・入会金が同時請求されます。 |  |  |  |  |                             |  |
| *<br>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   |  |  |  |  |                             |  |
| *<br>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。 |  |
| *<br>臨床検査技師<br>免許番号                 | 号                           |   |   |   |   |    | 登録年月日 | 西暦 年 月 日  |  |  |  |  |                             |  |
| *<br>衛生検査技師<br>免許番号                 | 号                           |   |   |   |   |    | 登録年月日 | 西暦 年 月 日  |  |  |  |  |                             |  |
| *<br>臨床検査技師<br>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<br>修了番号                       | 号                           |   |   |   |   |    | 登録年月日 |   |  |  |  |  |                             |  |
| *<br>検体採取に関する厚生労働省指定講習会の<br>受講必要の確認 | 臨床検査技師養成校への入学は2016年4月以降ですか？ |   |   |   |   |    | 1 はい  | 2 いいえ   |  |  |  |  |                             |  |
| 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<br><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)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られた業務委託先には、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払込票による請求業務 ②日臨技共済制度の運用またはその運用において、当会が臨床検査技師賠償責任保険等の保険商品を利用する場合の保険加入手続き業務 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  
 また、都道府県臨床(衛生)検査技師会(都道府県技師会と略)の会員管理を円滑に行うことを目的に、当会の会員管理サーバーに登録されている会員情報・生涯教育関連情報を共同利用しています。  
 都道府県技師会で任命された管理者は、当会が発行したパスワードにより、都道府県技師会の会員情報の利用を許可しています。

# 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。

|      |       |                    |             |  |  |  |  |  |  |
|------|-------|--------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|
| ご記入日 | 年 月 日 | 日臨技会員番号            |             |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |       | 本紙についての<br>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及びコンビニ払い請求業務
- ②日臨技共済制度の運用またはその運用において、当会が臨床検査技師賠償責任保険等の保険商品を利用する場合の保険加入手続き業務
- 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

## 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として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の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も、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。  
<ゆうちょ銀行をご指定の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！ 金融機関持ち込み不要！

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）

加入者及び預金者は、明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)を収納代行会社として、上記の預金口座振替規定に同意のうえ、口座振替を依頼します。

#### 金融機関使用事項

| 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 | 4 印鑑不鮮明  |
| ア. 金融機関番号 | 5 該当口座なし |
| イ. 店名     | 6 口座解約済  |
| ウ. 店番     | 7 その他事由  |
| エ. 預金種目   |          |
| オ. 口座番号   |          |
| カ. 口座名義   |          |

(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、上記該当項目に○印を付けて明治安田収納ビジネスサービス株式会社(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 TEL 03-3615-3125)

検印

印鑑照合

受付印  
取扱店日附印

|                                     |                               |                |         |                         |                 |                         |
|-------------------------------------|-------------------------------|----------------|---------|-------------------------|-----------------|-------------------------|
| 銀行 農協<br>信用金庫 漁協<br>信用組合<br>労働金庫 御中 | 232820 年 02 月 27 日 9100119340 | 新規2 変更3        |         |                         |                 |                         |
| 番号                                  | 申込日                           | 令和 年 月 日       | 収納代行会社  | 明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS) | 捨印              |                         |
| 左づめでご記入ください。                        | (ゆうちょ銀行は捨印不要)                 |                |         |                         |                 |                         |
| 指定                                  | 銀行・労働金庫                       | 本店             | 金融機関番号  | 店舗番号                    | 預金種目            | 口座番号(右づめでご記入ください)       |
|                                     | 信用金庫・信用組合                     | 出張所            |         |                         | 普通(総合) 1        |                         |
| 口座                                  | 農協・漁協                         |                |         |                         | 当座 2            |                         |
|                                     | ゆうちょ銀行                        | 種目コード          | 契約種別コード | 記号(6桁目がある場合は※にご記入ください)  | 番号(右づめでご記入ください) |                         |
|                                     |                               | 1 6 6 3 0      | 1       | 0                       |                 |                         |
|                                     |                               | 9 9 0 0        |         |                         |                 |                         |
|                                     | 払込先口座番号                       | 00140-5-120363 | 払込先加入者名 | 明治安田収納ビジネスサービス株式会社      | 払込金の種別          | 集金 30                   |
|                                     | カナ預金者名                        |                |         |                         |                 |                         |
|                                     | 預金者名                          |                |         | 金融機関<br>お届け印<br>(サイン)   | 振替日・払込日         | 27日<br>(当日が休業日の場合は翌営業日) |

印鑑は必ず金融機関届出印をご押印ください。また訂正箇所にも必ず訂正印をご押印ください。