

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

* 基本情報	フリガナ			日臨技会員番号 (再入会および 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 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	TEL						
	都道府県技師会 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。 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。 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。				
* 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。			
* 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						
* 検体採取に関する厚生労働省指定講習会の受講必要の確認	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 <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。