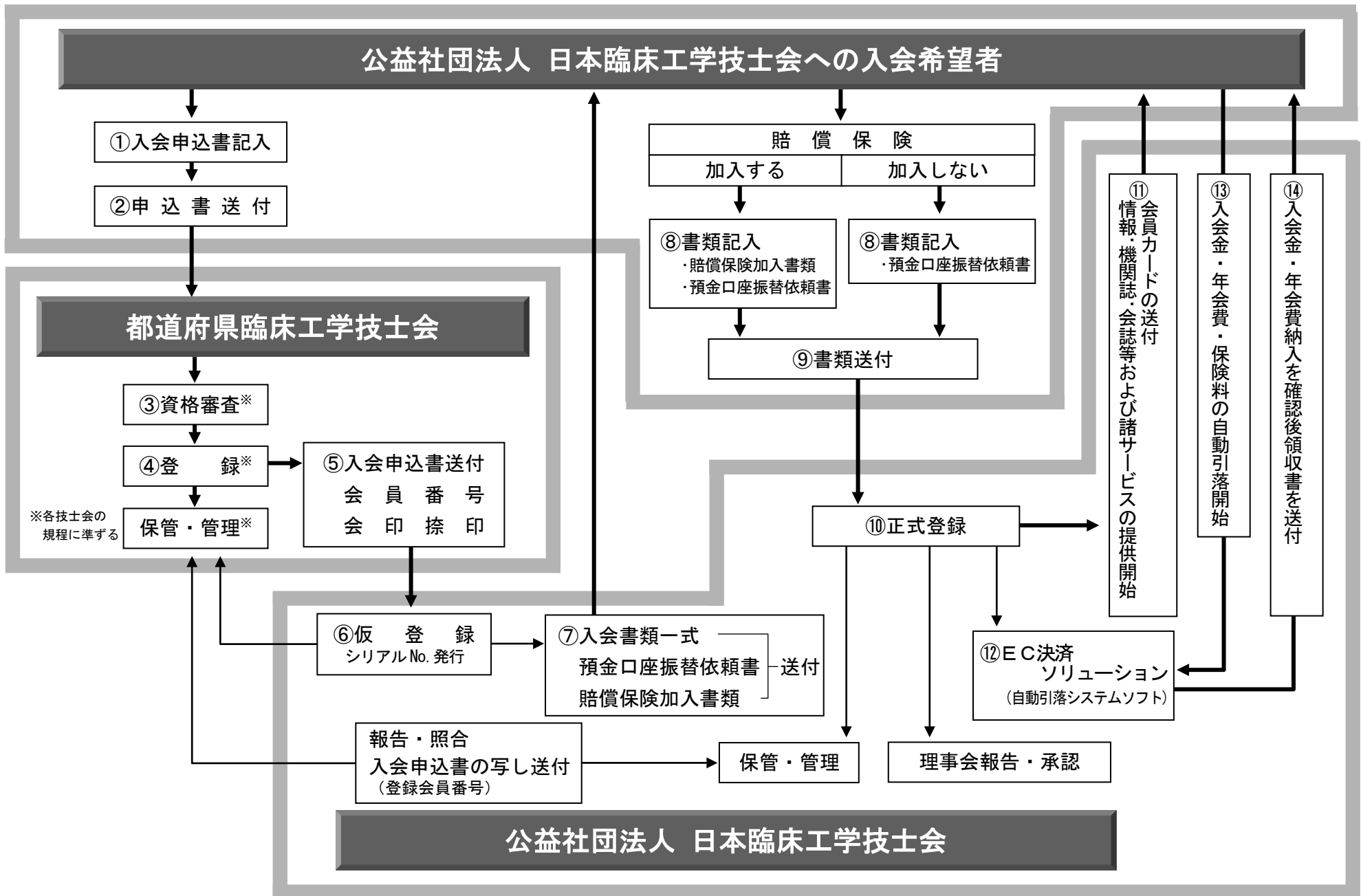


公益社団法人 日本臨床工学技士会 正会員入会手順チャート

2017年10月



公益社団法人 日本臨床工学技士会 入会申込書記入・届出要項

2017年10月

入会までの流れは「公益社団法人日本臨床工学技士会正会員入会手順チャート」の通りです。
入会申込書の記入・届出にあたっては本記入要項を参考にしてください。

記入要項

- ㉑ 入会するまたは入会している都道府県を記入してください。
- ㉒ 入会希望年度を記入してください。
12月1日以降に入会申込書を送られる方は、当年度入会もしくは次年度入会のどちらかを選択できます。但し、4月1日以降11月30日迄に入会申込書が届いた場合は当該年度からの入会となります。
- ㉓ 都道府県臨床工学技士会へ本申込書を提出した日付を記入してください。
- ㉔ 臨床工学技士免許番号を記入してください。
- ㉕ 機関紙・誌等の送付先に○印をつけてください。
- ㉖ 入会申込者は上記枠内を記入後、都道府県臨床工学技士会へ提出してください。以下都道府県臨床工学技士会記入欄および公益社団法人日本臨床工学技士会記入欄は記入しないでください。

公益社団法人 日本臨床工学技士会入会申込書
㉑ 都道府県 臨床工学技士会入会申込書

私は、貴会の目的に賛同し、㉒ 年度からの入会を申込みます。

入会申込者記入欄		申込年月日	年 月 日 ㉓	
氏名 フリガナ	生年月日	年 月 日 生	性別	男 ・ 女
〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	電話番号 ()	-
勤務先名 フリガナ	勤務先住所 フリガナ	〒□□□-□□□□	FAX:	
〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	所属部署	
〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	電話番号 ()	-
〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	FAX:	
郵送物指定送付先 ㉕ 自 宅 ・ 勤務先	Eメールアドレス			

↓ ㉖

都道府県臨床工学技士会記入欄		受付年月日	会員登録
都・道	臨床工学技士会 印	年 月 日	年月日
府・県			

↓

公益社団法人 日本臨床工学技士会記入欄		受付年月日	会員登録
公益社団法人 日本臨床工学技士会 印		年 月 日	年月日

お問い合わせ先
公益社団法人 日本臨床工学技士会
 〒113-0034 東京都文京区湯島4丁目3-4
 KT和英の水型庫ビル3F
 TEL:03(5890)2818 FAX:03(5896)2218



都道府県臨床工学技士会殿は、捺印の上、貴会会員番号を記入し
公益社団法人 日本臨床工学技士会に送付してください。

公益社団法人 日本臨床工学会入会申込書

都道府県 臨床工学会入会申込書

私は、貴会の目的に賛同し _____ 年度からの入会を申込みます。

入会申込者記入欄

氏名 フリガナ _____ (印)	生年月日 年 月 日生	性別 男 ・ 女	申込年月日 年 月 日
臨床工学会士免許番号 第 _____ 号			
現住所(居住地) フリガナ _____ 〒□□□-□□□□	電話番号 (_____)	FAX: _____	
勤務先名 フリガナ _____	所属部署 _____		
勤務先住所 フリガナ _____ 〒□□□-□□□□	電話番号 (_____)	FAX: _____	
郵送物指定送付先 自 宅 ・ 勤 務 先	Eメールアドレス _____		



都道府県臨床工学会記入欄

都・道 臨床工学会 (印)	受付 年 月 日	会員番号
_____ 府・県	登録 年 月 日	



公益社団法人 日本臨床工学会記入欄

公益社団法人 日本臨床工学会 (印)	受付入力年月日	会員番号
	登録年月日	

お問い合わせ先

2017年10月

公益社団法人 日本臨床工学会

〒113-0034 東京都文京区湯島1丁目3-4

KTお茶の水聖橋ビル5F

TEL:03(5805)2515 FAX:03(5805)2516