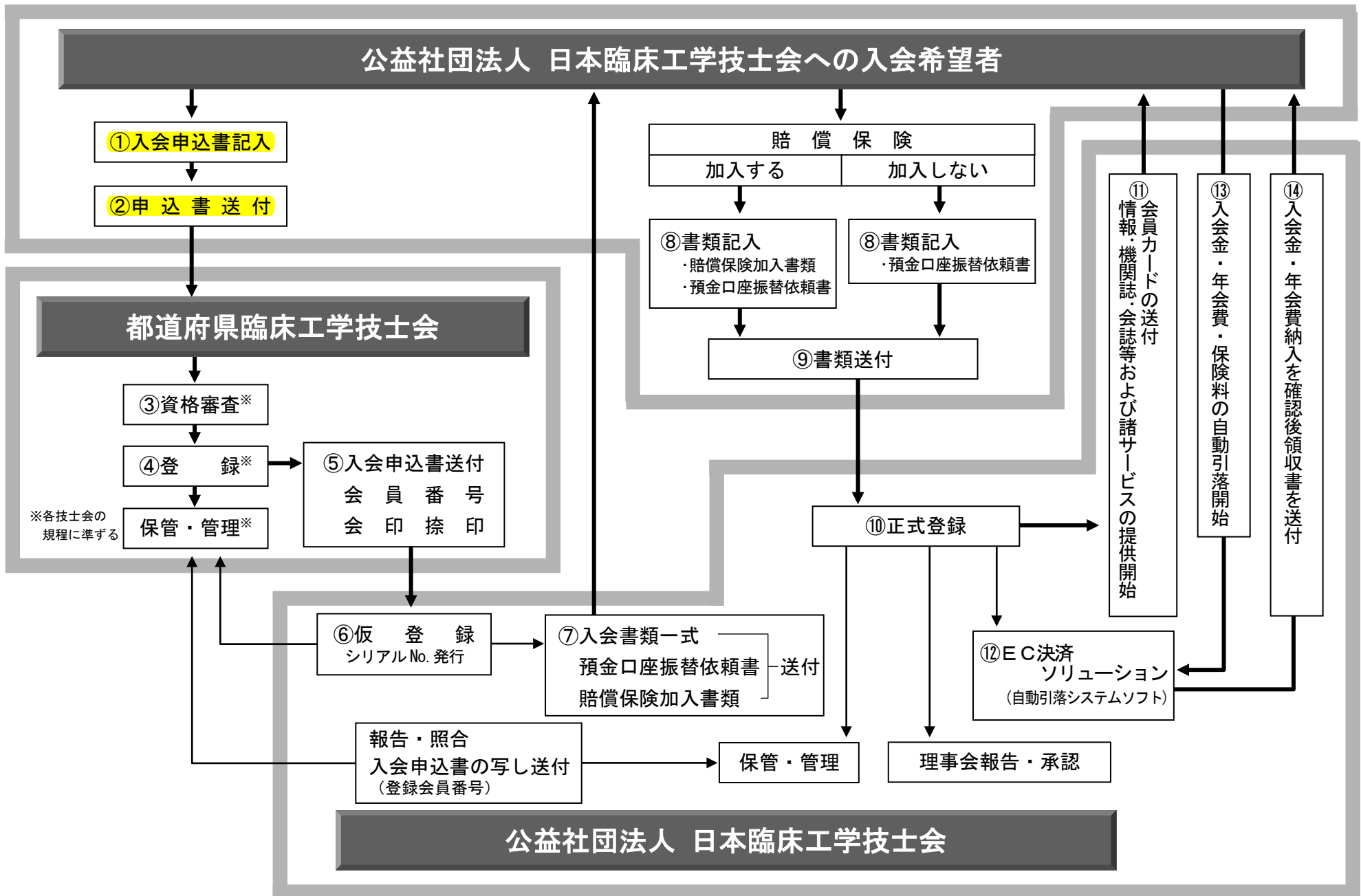


公益社団法人 日本臨床工学技士会 正会員入会手順チャート

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、**三重県臨床工学技士会**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
① 三重県 臨床工学技士会入会申込書

私は、貴会の目的に賛同し、**②** 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	㉑
氏名 フリガナ	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	臨床工学技士免許番号	第 □□□□ 号
勤務先名 フリガナ	〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	電話番号 ()	
〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	FAX: ()	
勤務先住所 フリガナ	〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	所属部署	
〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	電話番号 ()	
〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	FAX: ()	
郵便物指定送付先	Eメールアドレス			
目 的 ・ 勤務先				

↓ **㉕**

都道府県臨床工学技士会記入欄		受付年月日	年月日	会員番号
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	年月日	会員番号
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
KITO共の水型備ビル3F
TEL:03(5890)2818 FAX:03(5896)2216

〒514-0043 津市南新町17-22 同心会 遠山病院 透析室
一般社団法人 共益型三重県臨床工学技士会
事務局 (板垣正幸)
TEL 059-227-6171 E-mail info@miece.jp

公益社団法人 日本臨床工学会入会申込書

三重 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	日
〒 _____ フリガナ _____ 現住所(居住地) _____ フリガナ _____	臨床工学会士免許番号 第 _____ 号	電話番号 (_____) FAX: _____	
勤務先名 フリガナ _____	所属部署 _____		
〒 _____ フリガナ _____ 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

三 重 _____ 都・道 _____ 府・ <u>県</u> _____	臨床工学会 (印)	受付 年 月 日	会員番号
		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