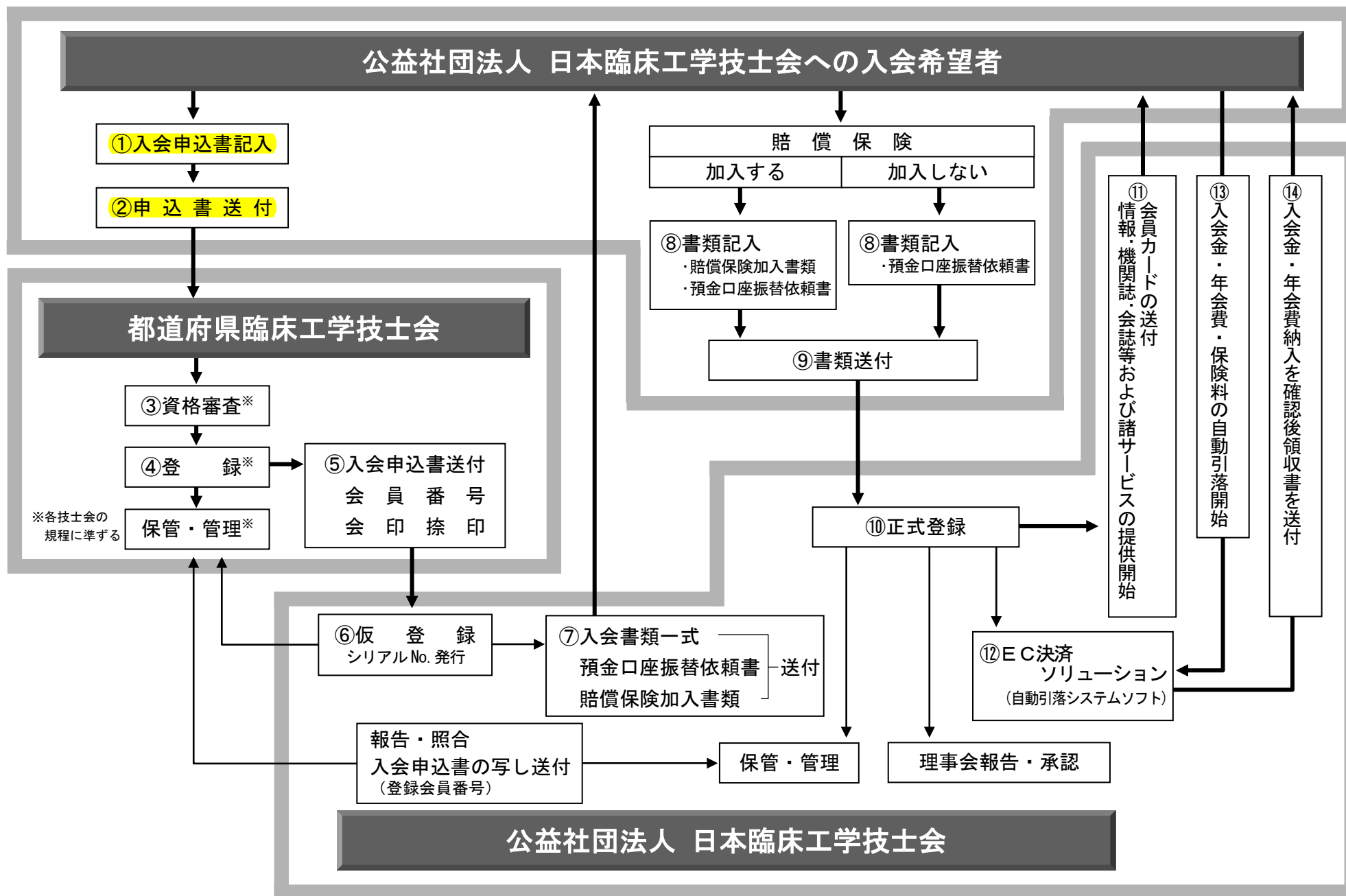


# 公益社団法人 日本臨床工学技士会 正会員入会手順チャート

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

- ①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。
- ②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。
- ③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。
- ④臨床工学技士免許番号を記入してください。
- ⑤機関紙・誌等の送付先に○印をつけてください。
- ⑥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。

<b>入会申込者記入欄</b>		申込年月日	年 月 日	<b>③</b>
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: ( )	
〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	〒□□□-□□□□	FAX: ( )	
郵送物指定送付先 <b>⑤</b>	目 的 ・ 勤務先	Eメールアドレス		

↓ **④**


<b>都道府県臨床工学技士会記入欄</b>		受付年月日	会員登録年月日	会員番号
都・道	府・県	年 月 日	年 月 日	

↓

<b>公益社団法人 日本臨床工学技士会記入欄</b>		受付年月日	会員登録年月日	会員番号
公益社団法人 日本臨床工学技士会		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  
KIT和共の水型備ビル3F  
TEL:03-58903215 FAX:03-58962216

2017年10月

  
 〒514-0043 津市南新町17-22 同心会 遠山病院 透析室内  
 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 _____	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 _____		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士会記入欄

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 日本臨床工学会士会記入欄

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