

正会員用

※ 入会資格は、日本医学放射線学会放射線科専門医取得者です。

**日本放射線科専門医会・医会
入会申込書**

年 月 日記入

フリガナ 氏名	生年月日	19 年 月 日生
	性別	男 ・ 女
専門医番号	放射線診断専門医 No. () 放射線治療専門医 No. ()	認定年：平成 年
勤務先名		所属科
勤務先住所	〒	
	TEL	FAX
自宅住所	〒	
	TEL	FAX
E-mail		
卒業大学	卒業大学 (年)	
専門分野	診断・治療・核医学・基礎 (○をつけて下さい) * 専門とする分野・臓器等可能な限りご記入下さい。 領域 ()	
その他	これまでに本会のセミナーに参加されたことがございましたら、ご記入下さい。 ミッドサマーセミナー 参加年 (年) 冬季セミナー 参加年 (年)	

郵便物送付先：勤務先 ・ 自宅 (どちらかに○をつけて下さい。)

☆ 20 年度会費および入会金 (11000 円) は ____ 月 ____ 日に振り込みました。

事務局記入欄

* 専門医番号を本会の会員番号とします。

受領日： _____	会員番号： _____
------------	-------------