

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()	
郵便物送付先	勤務先 ・ 自宅 (日医放と同じ送付先へ○をつけて下さい。)	
JRS との連携 要・本人署名	JCR 会員管理システムにおきまして、日医放の登録データの一部(*1)を利用することを承諾致します。 <p style="text-align: center;">ご本人署名 _____</p> ※ご署名を確認後、事務局より日医放へデータ連携了承済みの旨ご連絡申し上げます。 ※(*1):会員名・勤務先・自宅住所・メールアドレス・生年月日・日医放会員番号	

☆ 22 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: _____