一般社団法人　日本核医学会　入会申込書

会員番号

フリガナ		生　年　月　日		印
氏　　名		昭和 平成	年　　月　　日	
フリガナ				
所属機関 又は学校名 （正式名称）				
	科名/部署名：			
	学部/学年（学生会員）：			
所属機関	住所：〒　　－			
	TEL：　　ﾀﾞｲﾔﾙｲﾝ：			
	FAX：			
e-mail	（所属先）　　（自宅）			
自　　宅	住所：〒　　－	雑誌の送付先		
		○をつけてください	1）所属機関 2）自宅	
	TEL：			
最終学歴	学校名： 学部名：			
資格・専門	○を付けてください	1）医師（専門　　科） 2）診療放射線技師、診療 X 線技師 3）臨床検査技師、衛生検査技師 4）薬剤師 5）歯科医師	6）看護師 7）放射線取扱主任者 1 種、2 種 8）作業環境測定士 9）その他（　　）	
現有する学士	○を付けて下さい	A)博士　B)修士　C)学士　D)その他（　　） ⓐ医学　ⓑ理学　ⓒ工学　ⓓ薬学　ⓔ農学　ⓕ歯学　ⓖその他		
会員種別	○を付けて下さい	1)正会員　2)一般会員　3)看護師会員　4)学生会員	性　　別	男　　女
申込年月日	平成　　年　　月　　日			

1）年会費：正会員（医師）15,000 円、一般会員（医師でない個人）12,000 円、看護師会員　5,000 円、学生会員　5,000 円

2）学会年度：　9 月 1 日　～　翌年 8 月 31 日

3）お振込先：　郵便振替）00180-5-741770
銀行振替）みずほ銀行　駒込支店　普通口座　1029314
口座名）　一般社団法人　日本核医学会

4）送付先：　〒113-0021　東京都文京区本駒込 2 丁目 28 番 45 号
（公社）日本アイソトープ協会本館 3 階
一般社団法人　日本核医学会
TEL:03-3947-0976　　FAX:03-3947-2535