

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：	ダイヤル：		
	FAX：			
E-mail	(所属先)		(自宅)	
自 宅	住所：〒 -		雑誌の送付先	
			○を付けて 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） 6) 看護師 2) 診療放射線技師、診療 X 線技師 7) 放射線取扱主任者 1 種、2 種 3) 臨床検査技師、衛生検査技師 8) 作業環境測定士 4) 薬剤師 9) その他（ ） 5) 歯科医師		
現有する学士	○を付けて ください	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 ください	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	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： 〒106-0031 東京都港区西麻布 3-1-17 NISSHIN BLDG 3 階 ブルーリッジ株式会社内

一般社団法人 日本核医学会

電話：03-5786-6815

FAX：03-6455-4339

E-mail：office@jsnm.org