

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)	※いずれかを記入	
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) 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 下さい	A) 博士 B) 修士 C) 学士 D) その他 (_____) ①医学 ②理学 ③工学 ④薬学 ⑤農学 ⑥歯学 ⑦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