日本磁気共鳴医学会　入会申込書

フ リ ガ ナ		生 年 月 日	男・女
氏　　名		昭・平　年　月　日	
勤務先名・所属	(和文) (英文)	役職名	
勤 務 先 所 在 地	〒 TEL.(　　)　　-　　FAX.(　　)　　-		
自 宅 住 所	〒 TEL.(　　)　　-　　FAX.(　　)　　-		
E-mail address			
	メール配信希望：はい ・ いいえ　(必ずどちらかに○印をつけてください)		
会 誌 送 付 先	勤務先　・　自 宅　(どちらかに○印を付けてください)		
最 終 学 歴	学校　(昭・平　年　月卒) 大学　学部 (昭・平　年　月卒) 大学院 (修・博)　(昭・平　年　月修)		
現有する学位	ｲ)博士　ﾛ)修士　ﾊ)学士 ﾆ)その他 (　　)　(○印を付けてください)		
該 当 部 門 専 門 分 野 及び 現有する免許	(部門)　(専門：必ず○印を付けてください) 1. 医 師 部 門　1-1. 放射線科　1-2.その他 (　　) 2. 基 礎 部 門　2-1. 物理・工学　2-2. 基礎医学・化学・生物学等 3. 臨床技術部門　3-1. 診療放射線技師　3-2. 臨床検査技師　3-3. 看護師 3-4. その他(　　) 現有する免許　(記載は任意：　　)		

上記の者日本磁気共鳴医学会への入会を推薦します。

推薦者＊　　印　　所属

(学会員に限ります。)

平成　　年　　月　　日

＊推薦者がいない場合は署名がなくても結構です。

申込者　　印

入会金 2,000 円及び年会費（正会員：10,000 円，学生会員：5,000 円）を郵便振替により払込みの上，入会を希望します。

＊入会申込書（学生会員は学生証のコピーを添付）は下記事務局あて必ず郵送ください（FAX 不可）。

連絡・送付先　一般社団法人日本磁気共鳴医学会事務局

〒105-0012 東京都港区芝大門 2-12-8
浜松町矢崎ホワイトビル 2F
TEL:03-6721-5388 FAX:03-6721-5433