

新規入会申込書・退会届書

申込日：令和 年 月 日

日本赤十字社臨床検査技師会 殿

- ① (入会) 日本赤十字社臨床検査技師会に申込書と共に年会費 2,000 円を添えて入会申込致します。
- ② (退会) 私事都合により日本赤十字社臨床検査技師会を退会致します。

施設名

入会・退会 (どちらかに ○を付ける)	フリガナ： 氏 名： 印 生年月日：昭和・平成 年 月 日 男・女
入会・退会 (どちらかに ○を付ける)	フリガナ： 氏 名： 印 生年月日：昭和・平成 年 月 日 男・女
入会・退会 (どちらかに ○を付ける)	フリガナ： 氏 名： 印 生年月日：昭和・平成 年 月 日 男・女
入会・退会 (どちらかに ○を付ける)	フリガナ： 氏 名： 印 生年月日：昭和・平成 年 月 日 男・女

- ◆すでに入会している会員は記入不要です。
- ◆入会・退会のどちらかに○を付けてください。
- ◆用紙が不足の場合はコピーしてください。
- ◆申込書、届書は郵送で会計担当常務理事に提出してください。また会員名簿の校正を円滑に行なうために、日赤臨床検査技師会ホームページの会員専用 会員名簿から自施設分を印刷して訂正箇所を赤字で訂正して郵送してください。
- 〈注〉 (自前で作製した名簿は一目で変更箇所がわかりませんので極力避けてください。)

郵送先 〒143-8527 東京都大田区中央4-30-11
大森赤十字病院 検査部
星 晴彦 宛

日本赤十字社臨床検査技師会