

新規入会申込書・退会届書

申込日: 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ともに年会費2,000円を納入し
入会申込いたします

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いたします

施設名:

入会・退会 (○をつける)	フリガナ: 氏名: 生年月日: 年 月 日 男・女
入会・退会 (○をつける)	フリガナ: 氏名: 生年月日: 年 月 日 男・女
入会・退会 (○をつける)	フリガナ: 氏名: 生年月日: 年 月 日 男・女
入会・退会 (○をつける)	フリガナ: 氏名: 生年月日: 年 月 日 男・女

- ◆すでに入会している会員は記入不要です
- ◆用紙が不足の場合はコピーしてください
- ◆本用紙は下記担当理事に郵送またはPDFでメール添付にて送信をお願いいたします
- ◆会員名簿作成のため、日赤臨床検査技師会ホームページから会員名簿を印刷またはダウンロードし赤字で訂正を加えたものを郵送またはメール添付にて送信をお願いいたします

郵送先 〒143-8527
東京都大田区中央4-30-1
大森赤十字病院 検査部 河合 由佳 宛

メール先 y-kawai@omori.jrc.or.jp