

20 年 月 日申込

日本医学物理学会入会申込書

フリ 氏	ガナ 名		生年月日	19 年 月 日
ローマ字表記				
勤務先	所在地〒 名称 所属部課		TEL FAX E-mail	
自宅	住所〒 自宅を連絡先に する・しない		TEL FAX E-mail	
最終卒業学校・卒業年 (在学中含む)		大学等(学部・学科)	年卒・在学中	
		大学院(研究科・専攻)	年修了・在学中	
職 種 (複数選択可)		1. 物理関連 2. 医師 3. 歯科医師 4. 診療放射線技師 5. その他医療技術者 6. その他()		
学 位		希望会員種別	正会員・学生会員	
推薦会員氏名・印		印	*会員番号	

申込書記入上の注意

1. 年号は全て西暦を用いて下さい。
2. 職種の「物理関連」は広く解釈して下さい。本学会関連の分野において教育、研究、開発、製造、QAなどに従事している方はこの項目に を付して下さい。
3. 職種の「その他医療技術者」には、臨床検査技師、看護婦(士)等が入ります。
4. 正会員と学生会員両方の入会資格を持つ方(例えば、大学卒で物理関連の業務に従事し、大学院へ社会人入学している方)は、会員種別を選択できます。
5. 正会員1名の推薦が必要です。正会員のお知り合いがない場合は、事務局にご相談下さい。
6. 会員番号は記入しないで下さい。