日本医学物理学会入会申込書

ﾌﾘ　ｶﾞﾅ			記入日	20　　年　　月　　日
氏　名			生年月日	19　　年　　月　　日
ローマ字表記			性　別	□男　　□ 女

自宅	住所〒		名簿公開 可・否
	TEL :	FAX :	可・否
	E-mail :		可・否
勤務先	住所〒		可・否
	所属機関名 所属部署課		―
	TEL :	FAX :	可・否
	E-mail :		可・否

連絡先	□ 自宅　　□ 勤務先	希望会員種別	□ 正会員　　□ 学生会員

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	年卒・在学中
学　　位		
職種	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（　　）	

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、看護師等が入ります。
4. 正会員と学生会員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。

＜事務局使用欄＞

（学生のみ） 在学証明書	入会申込書受付	入金確認 （入会金＋年会費）	推薦者確認	履歴確認	登録
入会日	２０　　・　　・		会員番号		