

# 福岡県臨床工学技士連盟会員入会届

記入年月日

年

月

日

※記載不要

会員番号 \_\_\_\_\_

福岡県臨床工学技士連盟の趣旨に賛同のうえ、下記のとおり入会を申し込みます。

ふりがな		性別
氏名		男 女
生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
住所 (ご自宅)	〒	
TEL (携帯可)		
E-Mail PCアドレスを優先 して記載してください。	※手書きの場合、間違えやすい文字にはフリガナをお願いします。 (例)「O:オー、0:ゼロ」、「I:アイ、1:イチ」、「U:ユウ、V:ブイ」等 P C ・ 携 帯 _____ @	
所属施設		

※入会受領に関しては記載頂いたメールアドレスにご連絡致します。

受領

--