

FAX宛先：092-834-2816 <JET事務局宛>

J E T事務局 <福岡市早良区百道浜1-7-5 Mタワー 11階>

Tel:092-834-2815

Japan Endovascular Treatment Conference (JET) 入会申込書

コメディカル用

2023年度新規入会用

私は、下記のとおり、Japan Endovascular Treatment Conference (JET)への入会を申し込みます。

届出日 年 月 日
氏名 印

●会員情報

会員区分：コメディカル会員

職種（□にレで印を付けてください）

- | | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 | <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 | <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 |
| <input type="checkbox"/> 栄養士 | <input type="checkbox"/> 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 運動療法士 | <input type="checkbox"/> 健康指導士 | <input type="checkbox"/> 事務職員 |
| <input type="checkbox"/> クリニックコードイネーター | | <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

氏名	姓	名
	漢字	
	カナ	
	英字	

生年月日	19 年 月 日	性別	男・女
------	----------	----	-----

所属	名称			
	部・科			
	〒			
	電話	(内)	FAX	

現住所	〒			
	電話		FAX	
E-Mail アドレス	@			

※E-mail アドレスを登録いただくと学会情報を配信いたします。

郵送物の送付先（□にレで印を付けてください）

- 所属機関 現住所

会員番号	
受付日	年 月 日

受付担当 _____