

徳島県臨床工学技士会「準会員」入会申込書

私は、貴会の目的に賛同し平成 ____年度からの入会を申込みます。

入会申込者記入欄

申込年月日 平成 ____年 ____月 ____日

氏名 <u>フリガナ</u> <div style="text-align: right;">印</div>	生年月日 年 月 日	性別 男 女
現住所(居住地) 〒 <u>フリガナ</u>	電話 FAX	
勤務先名 <u>フリガナ</u>	所属	
勤務先住所 〒 <u>フリガナ</u>	勤務先電話 勤務先 FAX	
主な専門分野 循環・代謝・呼吸・ICU・手術室・ME 室・医療メーカー・教育 その他()	経験年月数 年 月	
既取得医療関係資格等 臨床工学技士・臨床検査技師・診療放射線技師・看護師 准看護師・救急救命士・透析療法認定士・体外循環技術 3学合同呼吸療法認定士・臨床高気圧治療技士 第2種ME 技術実力検定試験・第1種ME 技術実力検定試験 その他()	E-メールアドレス 携帯アドレス	

問い合わせ先:徳島県臨床工学技士会事務局

〒779-3121 徳島市国府町和田字居内107番地

医療法人 明和会 田蒔病院 臨床工学技士室内 林 博之

TEL:088-642-5050 FAX: 088-642-6376

E-メールアドレス: jimukyoku@tokushimaacet.gr.jp