

一般社団法人
兵庫県臨床工学技士会
会長 三井 友成

公益社団法人 日本臨床工学技士会
一般社団法人 兵庫県臨床工学技士会 新規入会のご案内

平素は当技士会活動に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。兵庫県臨床工学技士会は会員数約 1000 名以上が在籍する、良質でより安全な医療を提供するための職能団体です。

当技士会では臨床工学技士の学術技能の向上、職業倫理の高揚および資質の向上、生命維持管理装置をはじめとする医療機器に支えられた福祉・医療の信頼性向上など、地域の福祉・医療の発展に寄与することを目的とした様々な企画を準備して、皆様のご参加をお待ちしています。

入会金および年会費は、口座振替のお手続き完了後に、口座からの引落となります。入会申込書到着後に口座振替お手続きの書類を発送いたします。当会口座振替のお手続き完了後、当会より日本臨床工学技士会に入会手続きの依頼を行います。

ご不明な点がございましたら、下記事務局までご連絡下さい。

ぜひ、皆様にも当技士会に対するご支援・ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

一般社団法人
兵庫県臨床工学技士会 入会金 & 年会費

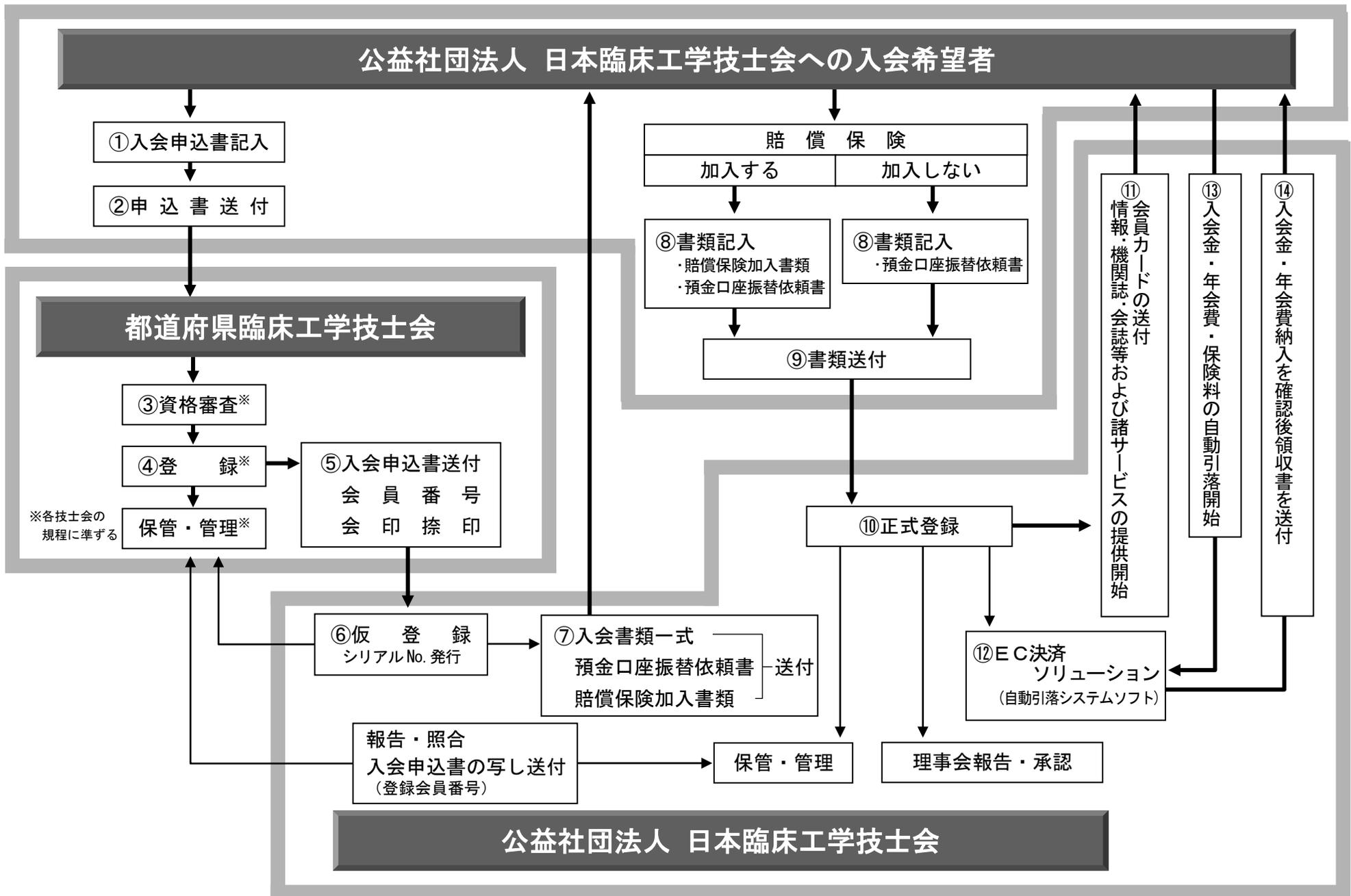
入会資格	: 臨床工学技士免許を有するもの
入会金	: ￥2,000
年会費	: ￥5,000
計	￥7,000

※ 日本臨床工学技士会への入会は、
上記金額に別途 ￥15,000 が必要となります。

【入会申込書送付先 & お問い合わせ】
(一社)兵庫県臨床工学技士会 事務局
兵庫医科大学病院 臨床工学部内
〒663-8501 西宮市武庫川町1-1
website <http://hce.umin.jp/>
e-mail hce-office@umin.ac.jp

公益社団法人 日本臨床工学技士会 正会員入会手順チャート

2017年10月



公益社団法人 日本臨床工学技士会 入会申込書記入・届出要項

2017年10月

入会までの流れは「公益社団法人日本臨床工学技士会正会員入会手順チャート」の通りです。
入会申込書の記入・届出にあたっては本記入要項を参考にしてください。

記入要項

- ①入会するまたは入会している都道府県を記入してください。
- ②入会希望年度を記入してください。
12月1日以降に入会申込書を送られる方は、当年度入会もしくは次年度入会のどちらかを選択できます。但し、4月1日以降11月30日迄に入会申込書が届いた場合は当該年度からの入会となります。
- ③都道府県臨床工学技士会へ本申込書を提出した日付を記入してください。
- ④臨床工学技士免許番号を記入してください。
- ⑤機関紙・誌等の送付先に○印をつけてください。
- ⑥入会申込者は上記枠内を記入後、都道府県臨床工学技士会へ提出してください。以下都道府県臨床工学技士会記入欄および公益社団法人日本臨床工学技士会記入欄は記入しないでください。

公益社団法人 日本臨床工学技士会入会申込書
① 都道府県 臨床工学技士会入会申込書

私は、貴会の目的に賛同し、**②**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	年 月 日 ③	
氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
⑤	臨床工学技士免許番号	第	号	④
現住所(居住地) <small>フリガナ</small>	〒□□□-□□□□	電話番号 ()	-	
		FAX:		
勤務先名 <small>フリガナ</small>		所属部署		
勤務先住所 <small>フリガナ</small>	〒□□□-□□□□	電話番号 ()	-	
		FAX:		
郵便物指定送付先 ⑤	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	目 的	・ 勤務先	Eメールアドレス

↓ **⑥**

都道府県臨床工学技士会記入欄		受付年月日	登録年月日	会員番号
都・道	臨床工学技士会 〇	年 月 日	年 月 日	
府・県				

↓

公益社団法人 日本臨床工学技士会記入欄		受付年月日	登録年月日	会員番号
公益社団法人 日本臨床工学技士会 ⑥		年 月 日	年 月 日	

お問い合わせ先
公益社団法人 日本臨床工学技士会
 〒113-0034 東京都文京区湯島4丁目3-4
 KT和英の水型庫ビル3F
 TEL:03(5890)2818 FAX:03(5896)2218



都道府県臨床工学技士会殿は、捺印の上、貴会会員番号を記入し
公益社団法人 日本臨床工学技士会に送付してください。

公益社団法人 日本臨床工学技士会 一般社団法人 兵庫県臨床工学技士会

入会申込書

私は、貴会の目的に賛同し _____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	年	月	日
氏名 <small>フリガナ</small> _____	生年月日 年 月 日生	性別 男 ・ 女			
⑩	臨床工学技士免許番号 第 _____号				
現住所(居住地) <small>フリガナ</small> 〒□□□-□□□□		電話番号 (_____) — FAX : _____			
勤務先名 <small>フリガナ</small> _____		所属部署			
勤務先住所 <small>フリガナ</small> 〒□□□-□□□□		電話番号 (_____) — FAX : _____			
郵送物指定送付先 自 宅 ・ 勤務先		Eメールアドレス			



都道府県臨床工学技士会記入欄		
一般社団法人 兵庫県臨床工学技士会 ⑩	受 付 年 月 日	会員番号
	登 録 年 月 日	



公益社団法人 日本臨床工学技士会記入欄		
公益社団法人 日本臨床工学技士会 ⑩	受付入力年月日	会員番号
	登 録 年 月 日	

2017年10月

お問い合わせ先

公益社団法人 日本臨床工学技士会

〒113-0034 東京都文京区湯島1丁目3-4

KTお茶の水聖橋ビル5F

TEL:03(5805)2515 FAX:03(5805)2516