

鳥取県臨床工学技士会入会申込書

氏名	フリガナ
病院・会社名 ¹⁾	
住所 ¹⁾ (勤務先)	〒
所属部署名 ¹⁾	
TEL ¹⁾	
FAX ¹⁾	
PC アドレス ²⁾	
住所 ³⁾ (自宅)	〒
TEL ³⁾	
郵便希望 ⁴⁾	勤務先 ・ 自宅 ・ その他 ()
携帯電話アドレス ⁵⁾	

1) 『無職』 or 『自宅会員』の場合は記入しない。

2) 記入していただいた場合、当会の勉強会・セミナー又は他県からの連絡事項などをメールで送らせてもらいます。

3) 自宅に郵便希望の方は必ず記入して下さい。勤務先へ郵送希望の場合は記入しなくても良いです。

4) 希望する郵送先を『○』で囲んで下さい。

5) パソコンのメールをあまり確認しない場合や、パソコンのアドレスがない場合、携帯電話のアドレスに略式(日時、場所、講演内容など)の案内を送らせていただきます。

そのメールを見ていただき、興味のある場合にはパソコンメール又は郵便物を確認していただければと存じます。

6) 記載した後、下記事務局まで FAX・メール・郵送で送って下さい。

メールアドレス又は携帯電話アドレスがある場合には迅速な連絡が行えるようにするため、出来る限り会員の皆様の御協力をお願い致します。

鳥取県臨床工学技士会 事務局

〒680-0846 鳥取県鳥取市扇町 176 番地 三樹会 吉野・三宅ステーションクリニック ME室内

TEL : 0857-21-8825 FAX : 0857-21-8826 アドレス : office@toririn.sakura.ne.jp

担当者 : 福安 賢吾