

# 一般社団法人日本超音波検査学会入会申込書

入会者情報（必須項目）

西暦 年 月 日

氏名	漢字	姓		名	
	フリガナ	セイ		メイ	
	ローマ字	姓		名	
生年月日	(西暦) 年 月 日			性別	男・女
会員種別	正会員 <input type="checkbox"/> 学生会員 <input type="checkbox"/> ※在籍証明書を合わせてご提出ください。				
	学生会員で申請する方のみ記入			終了・卒業予定： 年度	
職種 (チェック)	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"/>	医師 <input type="checkbox"/>	助産師 <input type="checkbox"/>
	看護師 <input type="checkbox"/>	准看護師 <input type="checkbox"/>	メーカー <input type="checkbox"/>	学生 <input type="checkbox"/>	その他( )
専門領域 (チェック)	01. 体表 <input type="checkbox"/>	02. 消化器 <input type="checkbox"/>	03. 産婦人科 <input type="checkbox"/>	04. 血管 <input type="checkbox"/>	05. 循環器 <input type="checkbox"/>
	06. 泌尿器 <input type="checkbox"/>	07. 検診, 健診 <input type="checkbox"/>	08. 肝臓 <input type="checkbox"/>	09. 胆道 <input type="checkbox"/>	10. 脾臓 <input type="checkbox"/>
	11. 消化管 <input type="checkbox"/>	12. 胸腹部 <input type="checkbox"/>	13. 腎臓 <input type="checkbox"/>	14. 乳腺 <input type="checkbox"/>	15. 甲状腺 <input type="checkbox"/>
	16. 唾液腺 <input type="checkbox"/>	17. 頭頸部 <input type="checkbox"/>	18. 頸動脈 <input type="checkbox"/>	19. 四肢動静脈 <input type="checkbox"/>	20. 心臓 <input type="checkbox"/>
	21. 軟部組織 <input type="checkbox"/>	22. 運動器 <input type="checkbox"/>	23. その他 ( )		

※WEB 会員検索システムで公開する情報を選択してください。

自宅	住所	〒	—	非公開
		都道府県		
自宅	電話番号	非公開		
	FAX番号	非公開		
	携帯番号	非公開		
	メールアドレス	@ 非公開		

所属	名称	公開・非公開		
	部署	公開・非公開		
所属	住所	〒	—	公開・非公開
		都道府県		
所属	電話番号	内線番号	公開・非公開	
	FAX番号	直通番号	公開・非公開	
	メールアドレス	@ 複数名で使用されている共有アドレスはご登録できません。		

郵便物発送先	自宅・所属	過去に超音波検査学会の会員だった	はい・いいえ ※注
メール送信先	自宅・所属	入会希望年度 会期：4月1日から翌年3月31日	年度

注：過去に会員だった方で未納会費がある方は入会金と合わせてご請求させていただきます。

◆これらの個人情報、入会手続き、年会費請求、機関誌の発送、選挙、学術講演会などの学会行事に利用されます。

<入会申込書送付先>

一般社団法人 日本超音波検査学会事務局  
〒162-0801 東京都新宿区山吹町 358-5  
(Fax: 03-5227-8631) (E-mail: jimukyoku@mail.jss.org)