

## 日本核医学技術学会入会申込書

氏 名		性 別	生 年 月 日
ふ り が な		男・女	S H . .
勤 務 先 称		所 属	
勤 務 先 所	〒		
電 話・FAX	TEL( ) - 内線( ) FAX( ) -		
自 宅 住 所	〒		
電 話	TEL( ) -		
電子メール アドレス	@		
UMIN ID (保有者のみ)	@		<input type="checkbox"/> 保有しているがID不明
専 門 分 野 (業務内容)	1. SPECT      2. PET      3. 医学・薬学 4. 理学・工学      5. その他 ( )		
最 終 学 歴	年度卒業		
申 込 年 月 日	令和      年      月      日	取 得 資 格 (学位等含む)	
学 会 誌 送 付 先	自 宅 ・ 勤 務 先 (どちらかに○をして下さい)		

\*会員情報は、学会に関わる事業活動（学術大会・研修・セミナー・地方会運営等）で使用します。取得した個人情報紛失や漏洩などが発生しないよう積極的な安全対策を実施いたします。会員情報が変更になった場合や利用停止等を要請する場合は学会事務局（jsnmt-office@umin.ac.jp）にお知らせください。

貴会の趣旨に賛同し、入会金**2000円**及び、令和      年度会費**10000円**を添えて入会を申し込みます。なお、入会に際し **UMIN ID** を取得することに同意いたします。

（本会の会計年度は9月1日～翌年8月31日までです。）

会員 No. ※	受付月日 ※	入金確認 ※	
----------	--------	--------	--

（※ 記 入 不 要）

申込先：〒530-0044 大阪市北区東天満1丁目11-15 若杉グランドビル別館702号  
 特定非営利活動法人 日本核医学技術学会 事務局 電話 06-6357-0978 (FAX 共通)  
 E-mail アドレス jsnmt-office@umin.ac.jp ゆうちょ郵便振替口座番号 00960-6-319470