

一般社団法人大阪府臨床工学技士会 正会員入会申込用紙

ふりがな

氏名 _____

生年月日（西暦） 年 月 日 性別 男・女

ご自宅郵便番号（〒 - ）

ご自宅住所（ ）

TEL（ - - ）

FAX（ - - ）

ご勤務先（ ）

ご所属部署（ ）

ご勤務先郵便番号（〒 - ）

ご勤務先住所（ ）

TEL（ - - ） 内線番号（ ）

FAX（ - - ）

メールアドレス（ @ ）

 大臨工のメルマガを希望しない ※希望しない場合は☑をしてください。

連絡先 自宅・勤務先 ※入会書類等の送付先を意味します。必ずどちらかに○をしてください。

臨床工学技士免許番号（ ）※必ずご記入ください。

(公社)日本臨床工学技士会会員番号（ ）※ご入会されている方のみご記入下さい。

コメント欄 ご意見等ございましたらお書きください。

問い合わせ先（書類等送付先）

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-15 大阪大学医学部附属病院 臨床工学部内

一般社団法人大阪府臨床工学技士会事務局 楠本 繁崇

TEL 06-6879-5095 FAX 06-6879-5098

E-mail: info@osakace.com http://www.osakace.com