

# 平成 年度 入会 申込 書

私は、貴会の趣旨に賛同し定款・規程の遵守を誓い、入会を申し込みます。

西暦  
\* 申込日 年 月 日

* 基本 情報	フリガナ			日臨技会員番号 (再入会のみ)			
	氏 名	印					
	生年月日	西暦	年	月	日	性別	男 女
	E-mailアドレス	jamtからのメールマガジン 送信を希望 する しない		* 携帯のメールアドレスは不可			
	日中の連絡先	TEL					
* 自宅住所	〒	都 道 府 県					
	TEL	FAX					
* 都道府県技師会 入会希望	検査技師会			1 入会を希望された技師会の入会手続きに従ってください。 2 自宅・勤務地以外の技師会の入会する場合は、該当技師会の定款・諸規定を確認してください。 3 入会を希望しない場合は“無し”と記入してください。			
勤 務 先	施設名	施設番号					
	所属部課名						
	所在地	〒	都 道 府 県				
	TEL	FAX					
* 会誌送付先	1 自宅	2 勤務先		*「医学検査」以外の発送物は、原則「自宅」となります。			
* 臨床検査技師 免許番号 衛生検査技師 免許番号	臨床検査技師 免許番号	号	登録年月日	西暦	年	月 日	
	衛生検査技師 免許番号	号	登録年月日	西暦	年	月 日	
	臨床検査技師	申請中	<input checked="" type="checkbox"/> してください	免許申請中の方は、「登録済証明書」が届き次第、速やかに日臨技事務局にFAXでお知らせください。			
その 他 の 資 格	日臨技認定センター 認定資格	* 認定一般検査技師		* 認定心電検査技師	* 認定臨床染色体遺伝子検査師		
	国家資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他 (                    )					
	認定資格						
* 保険の種類	A タイプ		B タイプ				
* 保険の種類は日臨技ホームページ( <a href="http://www.jamt.or.jp/">http://www.jamt.or.jp/</a> )をご覧ください							

(注) 1)会員の管理は自宅住所で行います。\*印の項目は必ず記入してください。

2)再入会の方は必ず会員番号をご記入ください。記入がない場合、入会金を徴収いたします。

3)すでに都道府県技師会の納入された方も、年会費を同時に徴収します。返金方法については所属の都道府県技師会にお問い合わせください。

<個人情報の取扱いについて> 入会申込書により受けた会員の個人情報は会員管理以外には使用いたしません。

# 日臨技年会費 口座振替依頼書

私は、日臨技年会費の口座振替のため本紙記載の口座を登録します。  
 なお、下記の「個人情報の取扱いについて」も確認いたしました。

記入年月日	平成 年 月 日	日臨技会員番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
フリガナ		本紙についてのお問い合わせ先	(自宅・勤務先・携帯)
氏名			— —
自宅住所	〒 —		

### 個人情報の取扱いについて

当会は、「入会申込書」「会員異動届」「口座振替依頼書」により提供を受けた会員の個人情報を下記の目的に使用し、他に流用しません。なお、下記の目的を達成するために、当会が必要かつ適正と認めた業務委託先には、既得の個人情報を含め、その一部または全部を提供することがあります。

- ①当会の年会費の口座振替業務およびコンビニ払い請求業務 ②全員加入保険(臨床検査技師賠償責任保険及び普通傷害保険)の加入手続き業務  
 ③会報誌・研修会等、当会の活動全般に関する会員への通知業務 ④当会における会員管理業務 ⑤前記①～④に付随する業務

一般社団法人日本臨床衛生検査技師会

<p><b>【個人情報の取扱いについて】</b>                  お客さまのお取引を安全かつ確実にすすめ、より良いサービスを提供させていただくため、お客さまに関する必要な情報を収集させていただいております。これらの情報は、口座振替、その他委託業務上必要な範囲で利用させていただいております。なお、当社におけるお客さまに関する情報の取扱いについては、ホームページ(<a href="http://www.mbskk.co.jp/">http://www.mbskk.co.jp/</a>)をご覧ください。</p> <p style="text-align: center;">明治安田システム・テクノロジー株式会社</p>	<p style="text-align: center;">- 預金口座振替規定 - (ゆうちょ銀行は除く)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>貴行(金庫、組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。</li> <li>振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。</li> <li>この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、貴行はこの契約が終了したものと取扱ってさしつかえありません。</li> <li>この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。</li> </ol> <p style="text-align: center;">&lt;ゆうちょ銀行を指定される場合は、自動払込み規定が適用されます。&gt;</p>
---	---

**切り取らないでください！ 金融機関持込み不要！**

## 金融機関提出用 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収加) H000000

銀行・信用金庫・労働金庫 御中 (記入日・西暦) 年 月 日  
 信用組合・ゆうちょ銀行・農協・漁協

収納代行会社名 **明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)** 団体名 一般社団法人日本臨床衛生検査技師会

新規登録? — 変更登録 3

異動コード	2 3 2 1	適用振替年月日	2 0 年 0 2 月 2 7 日	委託者番号	9 1 0 0 1 1 9 3 4 0
顧客番号(左づめ)					

お客様名	カナ	
	漢字	
	電話番号	

\*振替(払込)日は、12日または27日(当日が休業日の場合は翌営業日)

指 定 口 座	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協	本店 支店 出張所	金融機関番号	店舗番号	預金種目 普通 当座	口座番号(右づめで記入)	
	ゆうちょ銀行	種目コード	契約種別コード	通帳記号	通帳番号(右づめで記入)		
	払込先口座番号	00140-5-120363	払込先加入者名	明治安田システム・テクノロジー株式会社	払込金の種別	集金	30
	カナ預・貯金者名						
	口座名義人 (預・貯金者名)	(法人名の場合は金融機関お届けの肩書・代表者名もご記入ください。)					

契約者および預金者は、明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)を収納代行会社として、上記「預金口座振替規定」および「個人情報の取扱いについて」に同意のうえ、口座振替を依頼します。

《お願い》この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、右記該当項目に○印をつけて明治安田システム・テクノロジー株式会社(MBS)へ至急ご返送ください。  
 (〒135-8385 東京都江東区東陽2-2-20 東陽駅前ビル10階)

金融機関 使用欄	不備返却事由			
	1 預金取引なし	3 印鑑相違		
	2 記載事項等相違 ア. 店名 イ. 預金種目 ウ. 口座番号 エ. 口座名義	4 その他事由		
	(備考)			

検印	受付印 取扱店日附印
印鑑照合	

\*ゆうちょ銀行は除く

金融機関お届け印を必ず押す所