|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏　名 |  | 生年月日 | 19　　　年　　　月　　　日生 |
|  |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 専門医番号 | 放射線診断専門医 №（Ｒ　　　　　　 　ＤＲ　）放射線治療専門医 №（Ｒ　　　　　　 　ＲＯ　） | 専門医認定年：平成　　　年診断/治療 |
| 勤務先名 |  | 所属科 |  |
| 勤務先住　所 | 〒 |
| TEL | FAX |
| 自宅住所 | 〒 |
| TEL | FAX |
| E-mail | ※必ず記入してください |
| 卒業大学 | 卒業年：西暦　　　　　　年　/　大学名： |
| 専門分野 | 診断・治療・核医学・基礎＊専門とする分野・臓器等可能な限りご記入下さい。領域（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 郵便物送付先 | 勤務先　　・　　自　宅　　　（○をつけて下さい）* WEBの会員システムへご登録致します。<http://jcr.smartcore.jp/>

年会費のクレジットカード利用や、セミナー参加登録が簡単にできます。ご活用ください。 |

**＝＝確認事項＝＝　　　※下記確認後、確認欄にチェックしてください。**

ＷＥＢの会員システムへの登録にあたりまして、次の項目は会員間の情報交換と親睦・互助を推進するため、

会員サイト内で、初期設定を「公開」とさせていただきます。但し、こちらは会員各自のプロフィール編集画面で

非公開への設定がいつでも可能ですのでご留意ください。

**<<公開項目　◎氏名　◎勤務先　◎卒業大学　◎卒業年度　◎肖像写真>>**

□

＜確認欄＞

事務局記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 新システム：　　登録済　　・　　未登録 | カードcopy：　　　 Ｙ　　　　・　　　　Ｎ |
| 受領日：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

年　　　月　　　日記入

正会員用

* 入会資格は，日本医学放射線学会放射線診断専門医または、
　放射線治療専門医取得者です。

**日本放射線科専門医会・医会　入会申込書**