（様式１）

一般社団法人日本リウマチ学会 ソノグラファー登録申請書

（ 新規登録　／　再登録 ）

年　　　月　　　日

一般社団法人日本リウマチ学会　理事長　殿

　　　　　　　　　　私は、日本リウマチ学会ソノグラファーへの登録を希望しますので

　　　　　　　　　　必要書類ならびに審査料を添えて申請します。

※必ず全てご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | （ふりがな） | 生年月日(西暦) |
|  | 年 月 日 |
| 勤務先施設名 |  | |
| 専門診療科または 所属部署 |  | |
| 上　記　住　所 | 〒　　　－  電話（　　　－　　　　－　　　　）　FAX（　　　－　　　　－　　　　） | |
| メールアドレス | @ | ※メールアドレスの記載がないと学会からの連絡が届かない恐れがある為、必ずご記入ください。 |
| 自　宅　住　所 | 〒　　　－  電話（　　　－　　　　－　　　　） | |
| 日本リウマチ学会会員 | □会員　（会員番号：　　　　　入会年月日：　　年　　月　　日　）  □非会員 | |
| 保有免許 | □医師　　□臨床検査技師　　□診療放射線技師　　□その他（　　　　　　） | |
| 上記免許番号 | 第　　　　　　　　　号 | |
| リウマチ専門医 | □専門医 （第　　　　　号）　　　　　□非専門医 | |
| ソノグラファー登録番号 | 第　　　　　　　　　号 | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊印欄は記入不要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊ | ＊ | ＊ | ＊ |