信州大学医学部画像医学教室同門会　会員登録フォーム

この度は、当会へ会員登録していただき誠に有難うございます。恐れ入りますが下記フォームに必要事項をご記入のうえ、下記宛先までご返送頂きますようお願い申し上げます。

ご返送先：〒390-8621松本市旭3丁目1番1号

信州大学医学部画像医学教室

同門会事務局

(TEL: 0263-37-2650 FAX: 0263-37-3087 E-mail: radiol@shinshu-u.ac.jp)

なお、今後同門会名簿の作成を予定しており、入会をもちまして本名簿へのご芳名及び会員種別の掲載をご了承頂いたものとさせていただきます。ご自宅住所およびご自宅電話番号は名簿には記載いたしません。その他の項目につきましては掲載の可否を下記にてご教示ください。

ご記入日：　　　年　　　月　　　日

郵送物の送付先（どちらかに〇をつけてください）：ご自宅　ご勤務先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録項目 | ご記入欄 | 名簿への掲載  （可・否いずれかにチェック） |
| 会員種別 | 該当する方\*に〇（　会員I　会員II　） | 掲載いたします |
| ご芳名 | （フリガナ） | 掲載いたします |
| ご出身大学 |  | 可・否 |
| ご卒業年（西暦） |  | 可・否 |
| ご自宅住所 | 〒 | 掲載いたしません |
| ご自宅電話番号 |  | 掲載いたしません |
| ご勤務先名称 |  | 可・否 |
| ご勤務先住所 | 〒 | 可・否 |
| ご勤務先電話番号 |  | 可・否 |
| メールアドレス |  | 可・否 |

＊信州大学医学部画像医学教室同門会　会則　第５条

２　会員Ⅰは、本会則の施行前に信州大学医学部画像医学教室又は旧画像医学講座若しくは旧放射線医学講座に在籍した者、及び本会則の施行後に信州大学医学部画像医学教室に入局した者で、本会の目的に賛同して入会した者であって、総会における議決権を有する。

３　会員Ⅱは、会員Ⅰ以外の者で、長野県の放射線診療に従事し放射線医学の発展に寄与する者又は寄与した者で、本会の目的に賛同して入会した者であって、総会における議決権を有する。

収集いたしました個人情報につきましては同門会運営以外の目的には一切使用しないことを誓約いたします。当会は会員皆様の個人情報を厳正に保護いたします。