

入会申込

すでに学会バンクをご利用中の方へ

他の学会ですでに学会バンクご利用の方は会員マイページにログインください。フォーム入力の手間を省くことができます。 [ログインして入会申込](#) >

はじめてご利用の方はこのまま下記のフォームから入会申込ください。

会員登録について

会の活動方針に賛同ただけて、一緒に活動して下さる方を認定資格の有無を問わず広く募集しています。会員登録による年会費は、無料です。

会員専用のメールマガジン

会員登録いただいた方全員に、会員専用メールマガジンにて、主に以下のお知らせ等をお送りします。

- ・主催セミナー・支部研究会・共催、後援をしている他団体の開催に関するお知らせ
- ・日本医用画像情報専門技師会会員相互の情報交換
- ・その他、お知らせ・連絡 など

必須 氏名

必須 フリガナ

英語名

必須 Eメール

▲ Eメールはマイページ利用のためのアカウントとなります。個人で利用しているアドレスを用いて、複数人で共有しているアドレスは避けてください。個人情報の漏洩や予期せぬ不具合の原因となります

第2Eメール

必須 生年月日

性別

最終学歴

必須 職業

医師 歯科医師 薬剤師 看護師
 診療放射線技師 臨床検査技師
 臨床工学技士 診療情報管理士 事務職
 SE 営業職
 その他

勤務先 名称

部署/役職等

住所 *海外在住の方は都道府県で“(海外)”をお選びください

電話番号 直通/内線番号

必須 ご自宅 住所 *海外在住の方は都道府県で“(海外)”をお選びください

電話番号 携帯番号

*電話番号あるいは携帯番号のいずれかをご入力ください

必須 書類送付先 ご自宅 勤務先

通信欄 事務局に申し伝えたい内容や必要事項があればご記入ください。

【重要】会員種別を下記から選択してください
(不要なものを消してください)

正会員：医用画像情報専門技師の認定資格をお持ちの方
準会員：医用画像情報専門技師の資格をお持ちでない方、これから認定試験を受検される予定の方

**必須事項の他に勤務先情報
と通信欄の入力をお願いいたします
(通信欄は会員種別を選択してください)**

下記内容を一読いただき、同意のうえ申し込み手続きへと進みください。

学会バンク プライバシーポリシー

[プライバシーポリシー\(個人情報保護方針\)](#)

学会バンク運営会社の規定に準じます

同意する **必須**

確認して申し込む >

添付ファイル 文書や画像など最大2ファイル、合計 6MB まで添付できます。

*添付されたファイルは入会申込手続きにのみ用いられ、手続き完了後に破棄されます

【事務局】
〒532-0011
大阪府大阪市淀川区西中島7-4-17
新大阪上野東洋ビル11階