

## 賛助会員入会のご案内

本会の目的、事業等について(別紙定款の抜粋)、賛同頂けましたら入会申込書記載の上、送付して下さい。E-mail でも受付けております。

入会申込書の送付先及び会費の取り扱いは、下記のとおりです。

### 記

#### 【送付先】

〒680-0901 鳥取市江津 730  
鳥取県立中央病院 中央放射線室内  
(一社) 鳥取県診療放射線技師会 事務局 宛  
E-mail : torihougi@gmail.com

#### 【会費】

(一社) 鳥取県診療放射線技師会 新入会年度会費 30,000円  
\* 次年度以降の年度会費 30,000円

#### 【会費振込み先】

鳥取銀行本店 普通預金  
口座番号 : 326660  
口座名義 : 一般社団法人鳥取県診療放射線技師会  
\* 次年度以降の会費につきましては、当該年度の 9 月末日までに入金をお願いします。

(一社) 鳥取県診療放射線技師会