

入会申込書(正会員・準会員用)

ダウンロードして各項ご記入の上、評議員の御署名・御捺印をいただき、郵送してください。

送付先：〒130-0012 東京都墨田区太平4-6-17-209 日本神経治療学会事務局

フリガナ(カカナ)		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日:(西暦) 年 月 日
種別	必ず指定してください。医師は正会員のみです。	
	<input type="checkbox"/> A正会員 年会費 13,000円	<input type="checkbox"/> B準会員(医師・歯科医師以外の会員) 年会費 5,000円
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師以外()	
最終学歴	大学名・学校名: 学部・科名;	西暦 年卒業
所属機関	施設名・科: 役職名: 〒 TEL FAX	
所在地	〒 TEL FAX	
自宅所在地	〒 TEL FAX	
郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 所属施設 <input type="checkbox"/> 自宅	
E-Mail(必須)		
主要所属学会		
評議員承認	評議員一覧参照 評議員氏名 印	
事務局記入	受理: 年 月 日 会員番号(ID): pass word: 会費依頼: 年 月 <input type="checkbox"/> 済み	