入会申込書(学生会員用)

＊医師免許を持つ者を除く

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。
学生証のコピーを必ず同封してください。
　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
＊学生証のコピーは、毎年提出していただきます（事務局より連絡）

フリガナ(カタカナ) 氏名		性別:　　□男　□女 生年月日:(西暦)　　年　月　日
種別	必ず指定してください。	
	□ C学生会員(大学院生) 年会費 5,000円	□ D学生会員(学部生) 年会費　無料
	共に、機関誌の配布は受けない(ホームページでの閲覧は可能)	
学部学歴	大学名: 学部・科名 西暦　　年卒業	←大学院生のみ要記入
大学名	大学名: 科名: 入学　　年　　月　　日	
連絡先 (郵便物送付先)	〒 TEL　　FAX	
E-Mail		
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 学生証確認 会員番号(ID):　　pass word: 会費依頼:　　年　月　□済み	