

日本神経治療学会 入会申込書（正会員・準会員用）

各項目に入力の上、評議員のご署名をいただき（電子署名可）、下記いずれかの方法で日本神経治療学会事務局へお送りください。

- ・メール添付 jsnt1@kind.ocn.ne.jp
- ・FAX 03-5610-1360
- ・郵送 〒130-0012 東京都墨田区太平4-6-17-209

フリガナ		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日：(西暦) 年 月 日
種別	<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) 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
所属先	施設名・科： 役職名： 〒 TEL：	
自宅	〒 TEL：	
郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 所属先	<input type="checkbox"/> 自宅
メールアドレス		
主要所属学会		
評議員承認	(ご署名)	
事務局記入欄	受理日： 年 月 日 会員番号(ID)： password：	