

## 登録事項変更届

必要事項にご入力の上、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

届出日	(西暦) 年 月 日
会員番号	
氏名	
※下記ご変更となる事項を記載ください	
所属先	施設名・科： 〒  TEL：
自宅	〒  TEL：
メールアドレス	
郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅
事務局記入欄	受理日： 年 月 日