

## 日本神経治療学会 入会申込書（学生会員用）

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）、学生証のコピーを添付し、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。 ※大学院生で医師免許をお持ちの方は、正会員用の申込書をご利用ください

- ・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"/> C 学生会員（大学院生） 年会費 5,000 円	<input type="checkbox"/> D 学生会員（学部生） 年会費 無料
学歴	大学名・学校名： 学部・科名：	
所属先	施設名・科： 〒  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		
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：	