

# 日本パーキンソン病・運動障害疾患学会(MDSJ) 入会申込書

会員番号 705 - - - - -

申込年月日: 20 年 月 日

会員種別	1.正会員(医師・研究員) 2. メディカルスタッフ	入会年度	年度
------	----------------------------	------	----

	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
ローマ字		
フリガナ		
氏名		(印)
生年月日	1 9 年 月 日	性別 男 ・ 女

連絡先	1. 所属	2. 現住所
-----	-------	--------

※連絡先(学会誌等送付先)をご指定下さい。

## ■所属情報■

名称		
	(職名)	
所在地	〒 - - - - -	
	TEL: ( )	FAX:
	e-mail:	

## ■現住所(自宅)情報■

現住所(自宅)	〒 - - - - -	
	TEL:	FAX:
	e-mail:	

## ■専門情報■

専門分野 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> パーキンソン病治療研究 <input type="checkbox"/> パーキンソン病臨床研究 <input type="checkbox"/> パーキンソン病基礎研究(病理・免疫関連) <input type="checkbox"/> パーキンソン病基礎研究(遺伝・分子生物関連) <input type="checkbox"/> パーキンソン病基礎研究(生化学・薬理関連) <input type="checkbox"/> パーキンソン病基礎研究(生理・神経心理関連) <input type="checkbox"/> 二次性・症候性パーキンソニズム <input type="checkbox"/> 神経画像研究 <input type="checkbox"/> 脳外科的治療・移植治療など <input type="checkbox"/> 小児神経疾患 <input type="checkbox"/> ジストニア <input type="checkbox"/> 振戦・本態性振戦 <input type="checkbox"/> その他の不随意運動 <input type="checkbox"/> その他の運動障害 <input type="checkbox"/> 疫学 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他
-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

入会申込書送付先: 〒102-0075 東京都千代田区三番町2 三番町KSビル (株)コンベンションリンケージ内  
日本パーキンソン病・運動障害疾患学会(MDSJ)事務局 宛