



一般社団法人日本小児神経外科学会

The Japanese Society for Pediatric Neurosurgery (JSPN)

入会申込書

下記のとおり入会を申し込みます。

※は必須項目です。

会員種別 ※ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	<input type="checkbox"/> 正会員(医師)	<input type="checkbox"/> 準会員(医師以外)	申込日	年 月 日
氏名 ※				
(ふりがな) ※				
(英文表記) ※				
生年月日 ※	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	
日本脳神経外科学会 専門医番号 ※				
所属機関 ※				
所属住所 ※	〒			
電話番号				
FAX 番号 ※				
連絡用 E-mail ※	① ※			
※①は必ず記入のこと	②			
自宅住所	〒			
電話番号				
機関誌・郵便物送付先 ※	<input type="checkbox"/> 1. 所属 <input type="checkbox"/> 2. 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。			

■ 申込書を送信されましたら会費をご入金ください。(郵便振替または銀行振込み)

年会費：正会員 10,000 円 準会員 5,000 円 (準会員に機関誌の送付はありません)

郵便振替口座 00180-3-773763

加入者名：一般社団法人日本小児神経外科学会

シャ) ニホンショウニシンケイゲカガクカイ

ゆうちょ銀行 ○一九店(当座) 0773763

口座名義：一般社団法人日本小児神経外科学会

【お問合せ】日本小児神経外科学会事務局

113-0033 東京都文京区本郷 3-3-11 NCK ビル
編集室なるにあ内

E-mail: jspn@narunia.co.jp

※頂いた情報を学会からのご連絡以外に使用することはございません。