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　※  ☑を入れてください。 | □ 正会員(医師) | □ 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 | □　男　　　□　女  ☑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　※ | □　1. 所属 | | □　2. 自宅 | ☑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ッカイ

ゆうちょ銀行　〇一九店（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。