日本神経感染症学会　入会申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※事務局記載欄 | 会員番号 | SK | － |  |  |  |  |

■申込年月日　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員種別 | １.一般会員　　　　２.一般会員（メディカルスタッフ・学生）　　３.賛助会員[　　口] | 入会年度 | 年度 |
| 1.一般会員(会費7,000円)は、医師および研究者が対象です。 | ※本学会の会期は(期首)4月1日～(期末)3月31日となります。 |
|  | 姓(Family name) | 名(Given name & Middle name) |
| ローマ字 |  |  |
| フリガナ |  |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日 | １９ |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 性　別 | 男　　・　　女 |

■所属情報■

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 |  |
|  |
| 所在地 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
| TEL：　　　　　　　　　　（内線：　　　　・ 直通） | FAX： |
| E-mail： |
| ■現住所（自宅）情報■ |
| 現住所 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
| TEL： | FAX： |
| E-mail： |

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

※連絡先(発送物の送付先)を○で囲んで下さい。

■送付先（郵送，ファックス，E-mailにてお送り下さい）■

〒169-0072　東京都新宿区大久保2丁目4番地12号 新宿ラムダックスビル9階

株式会社 春恒社 学会事業部 内

日本神経感染症学会 会員係 行

TEL：03-5291-6231／FAX：03-5291-2176／E-mail：shin-kan@shunkosha.com

■日本神経感染症学会個人情報の取扱い■

申込みいただきました上記の個人情報は、本会に必要な学会運営のためのみに使用致しますので、ご了承下さい。