

# 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 [ <input type="checkbox"/> ]	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	1 9 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。