

日本神経感染症学会 入会申込書

会員番号

SK -

■申込年月日

年

月

日

会員番号は事務局記載欄です。

会員種別	1. 一般会員	2. 一般会員 (メディカルスタッフ)*	3. 賛助会員 [<input type="checkbox"/>]	入会年度	年度
------	---------	----------------------	--------------------------------------	------	----

*一般会員(メディカルスタッフ)は医師および研究者以外の医療従事者が対象です

※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、ご了承ください。