

(No.)

日本脳神経外科救急学会 新入会申し込み用紙

ふりがな 氏 名		生年月日（西暦） 必須	
日本脳神経外科学会 専門医番号		日本救急医学会 専門医番号	
所 属 機 関	ふりがな 施設名・科		
	役職	職種 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 看護師 ()	
	住 所 〒		
	電 話	FAX	
E-mail 添付資料が受信可能なアドレス（必須） ※ドメイン受信設定される場合は mc.kmu.ac.jp を受信可能にして下さい。			
自 宅	住 所 〒		
	電 話	FAX	
郵便物配布先：所属機関・自宅		m3へのアドレス登録：承認する・承認しない	
※以下、事務局記入欄			
令和 会費	年度年	未 ・ 済	入会申込日： 年 月 日
ジャーナル Vol.		未 ・ 済	入金確認日： 年 月 日
備考			

下記事務局宛までお送りください（FAX・E-mailにて）

日本脳神経外科救急学会事務局：関西医科大学総合医療センター 脳神経外科内
〒570-0074 守口市文園町10-15
TEL. 06-6993-9479（直通）
FAX. 06-6991-6207
E-mail. jsne@mc.kmu.ac.jp