

【様式 2-1】

※更新申請者 FAX : _____

※更新申請者名 : _____

更新申請書類受領書：点数到達者用

※更新申請者所属住所 〒

※更新申請者所属機関名称

※更新申請者 氏名 _____ 殿

(※FAX もしくは郵送にて受領書を返送致しますので、上記を全て記載の上、申請書とともにお送り下さい。)

貴殿より日本臨床神経生理学会（※専門医・専門技術師）の更新申請書類を受け取りました。

(※該当する項目を○で囲んで下さい)

事務局ないし委員会にて審査後、更新可能と判定された時点で、専用の払込票をお送りいたしますので、指定された期日までに更新料をご納付下さい。試験・認定委員会の更新審査会は6月上旬の予定ですので、払込票の送付もそれ以降となる場合もありますが、しばらくお待ち下さい。

-以下の欄には事務局が記入して、書類の受領日をお知らせします-

年 月 日

日本臨床神経生理学会 試験・認定委員会

〒102-0075 東京都千代田区三番町2 三番町KSビル

(株)コンベンションリンクージ内

一般社団法人日本臨床神経生理学会 試験・認定委員会事務局

TEL : 03-3263-8697 FAX : 03-3263-8687

E-mail : jscn_nintei@secretariat.ne.jp