日本老年脳神経外科学会

入会申込書

記入日　　　年　　月　　　日

　 　先生

脳神経外科学会　会員番号（　　　　　） ／ 脳神経外科学会　専門医番号（　　　　　）

郵便物送付先（いずれかにチェックをお願いいたします）

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先名称 |  |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |

□勤務先

□自宅

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |

上記ご記入の上、E-mailにて事務局宛お送りください

〒181-8611

東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部脳神経外科内

日本老年脳神経外科学会　事務局

電話　0422-47-5511

FAX　0422-43-4715

Email：rounen@iva.jp