【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。

(※該当する項目を〇で囲んで下さい)

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。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　認定委員会

〒102-0075東京都千代田区三番町2三番町KSビル

㈱コンベンションリンケージ内

一般社団法人日本臨床神経生理学会事務局（試験・認定担当）

TEL：03-3263-8697　FAX：03-3263-8687

E-mail：jscn\_nintei@secretariat.ne.jp