（本状にご記入の上、E-mailで送信ください。）

　日本神経放射線学会事務局宛　office@neurorad.jp

**一般社団法人 日本神経放射線学会　入会申込書**

◆**必須項目です。各項目についてご記入下さい。**　　　　　　　　　　**記入日 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏 名** |  |  | **性 別** | **□男 　・　□女****□登録しない** |
| **フリガナ** |  |  | **生年月日****（西暦）** | **年 月 日** |
| **ローマ字** |  |  | **郵送先** | **□勤務先 ・□自宅** |
| **所属名称** |  |
| **所属の英文表記** |  |
| **所属科・教室名** |  |
| **所属住所** | **〒** |
| **TEL：** | **FAX：** |
| **E-mail** |  |

**※学会からの連絡のため、メールアドレスは必ず御記入願います。**

|  |  |
| --- | --- |
| E-mail |  |

※メールアドレスは2つ登録可能です。希望があればご記入ください。

郵送先が自宅希望の際ご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 自宅住所 | 〒 |
| TEL： | FAX： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学 歴 | 大学等： | 卒業年月(西暦)：　年　　　　月 |

**◆必須項目です。　☆該当箇所に☑チェックをして下さい。その他についてはご記入下さい。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **職　種** | **□ 医師** | **所属科区分** | **□ 放射線科　□ 脳神経外科　□ 脳神経内科□ 小児科** |
| **□歯科医師** | **□ その他　[　　　　　　　　　　　　　　]** |

**◆必須項目です。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **所属基幹学会について** | **名称：** | **会員番号：** |

例)日本医学放射線学会、日本脳神経外科学会等