（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　【準会員】**

**本申込書は神経放射線医学に携わる医療関係者やPhD(医師・歯科医師を除く)の方専用です。**

◆**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** |  |
| **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。できるだけご記入ください。

郵送先が自宅希望の際ご記入ください。

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

**◆必須項目です。該当に☑してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **職　種** | **□ 診療放射線技師　　　　□ 看護師□ PhD** | **□ 研究者□ 医療関係企業の個人の方□ その他( 　　　　 )** |

**◆必須項目です。推薦者のご記入をお願いします。**

|  |  |
| --- | --- |
| **推薦者のご所属：** | **※推薦者は日本神経放射線学会会員に限ります。** |
| **推薦者名：** |

※準会員の会費は入会金３，５００円、年会費３，５００円です。入会申込書受領確認後、事務局より会費のお振込みについてご連絡いたします。