

(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](mailto:office@neurorad.jp)

## 一般社団法人 日本神経放射線学会 入会申込書

### 【初期研修医会員／学生会員】

本申込書は医学生もしくは初期研修医の方専用です。

◆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           | <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女<br><input type="checkbox"/> 登録しない |
| フリガナ            |       |       | 生年月日<br>(西暦) | 年 月 日   |
| ローマ字            |       |       | 郵送先          | <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅                                |
| 病院・大学等<br>所属名称  |       |       |              |   |
| 所属の<br>英文表記     |       |       |              |   |
| 在学大学名・<br>在職病院名 |       |       |              |   |
| 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。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。

|          |  |       |    |
|----------|--|-------|----|
| ◆初期研修医会員 | <input type="checkbox"/> 初期研修医 1 年目<br><input type="checkbox"/> 初期研修医 2 年目 | ◆学生会員 | 年生 |
|----------|--|-------|----|

◆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<br>会員に限ります。 |
| 推薦者名 :    |                            |

※初期研修医会員、学生会員の入会金、年会費は不要です。

後期研修医となられましたら、改めて正会員の入会手続きをお願いいたします。

学生会員の方は、医師国家試験合格時に初期研修医会員の入会手続きをお願いいたします。