

(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	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 診療放射線技師	<input type="checkbox"/> 研究者
	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 医療関係企業の個人の方
	<input type="checkbox"/> PhD	<input type="checkbox"/> 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 :
推薦者名 :

※推薦者は日本神経放射線学会
会員に限ります。