



入会申込書

一般社団法人 日本脳神経超音波と栓子検出学会
理事長 井口 保之 殿
事務局長 藤本 茂 殿

下記の通り、入会をいたします。

入会申込日: 年 月 日

氏名:	
生年月日:	(西暦) 年 月 日 (男・女)
職種: (✓ をしてください)	<input type="checkbox"/> 医師(10,000円) <input type="checkbox"/> メディカルスタッフ(7,000円) <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 学生
自宅:	〒 _____ 電話: FAX:
勤務先:	〒 _____ 施設名・科: _____ 役職: _____ 電話: FAX:
E-Mail:	
機関誌送付先: (✓ をしてください)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅

上記をご記入の上、FAX:075-468-8773 またはご郵送ください

*事務局 記入欄

受付日	会員番号	備考
年 月 日		