



日本脳神経超音波学会 認定脳神経超音波検査士 資格更新保留申請書

年 月 日

日本脳神経超音波学会 事務局 御中

※	※
---	---

※事務局使用欄

会員番号			
(ふりがな)	印	生年月日	西暦 年 月 日
会員名		性別	男 ・ 女
E-mail			
認定番号	検査士認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

下記のとおり、留学中の連絡先についてお届けいたします。

留学(休会) 中の国内 連絡先	〒 — TEL () FAX ()
海外 連絡先	TEL () FAX ()
連絡先 (送付物 送付先)	国内連絡先 ・ 海外連絡先 (ご希望の送付先に○をつけてください)
更新 保留期間	留学(休会) 予定期間: 年 月 ~ 年 月頃まで

【注意】 ※お手数ですが、上記項目にご記入のうえ、郵送でお送り下さい。
なお、復会の際は、必ず学会事務局までご連絡をお願い申し上げます。