　日本脳神経内科血管治療研究会　異動届

　私は、下記の異動事項を日本脳神経内科血管治療研究会に届け出ます。

　自著

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0 | 届出日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 1 | 氏名 |  |
| 2 | しめい |  |
| 3 | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 4 | メールアドレス |  |
| 5 | 会員区分 | 正会員・賛助会員 |
| 6 | 連絡先 | 勤務先・その他 |
| 7 | 所属施設 |  |
| 8 | 所属診療科 |  |
| 9 | 所属〒 |  |
| 10 | 所属住所 |  |
| 11 | 所属TEL |  |
| 12 | 所属FAX |  |
| 13＊ | 連絡先〒 |  |
| 14＊ | 連絡先住所 |  |
| 15＊ | 連絡先TEL |  |
| 16＊ | 連絡先FAX |  |
| 17 | 職種 | 医師・看護師・診療放射線技師・薬剤師・臨床検査技師  企業社員・その他（　　　　　　　　　　　） |
| 18＊ | 基本診療科 （医師のみ） | 内科・脳神経外科・放射線科・救急科  その他（　　　　　　　　） |

* 0から12は、全員が必須項目です。
* 13から16は、連絡先が勤務先の場合は不要です。
* 17は、正会員は必須項目です。
* 18は、医師以外は不要です。

郵送　〒540-0006　大阪市中央区法円坂2丁目1番14号

国立病院機構大阪医療センター 脳卒中内科内　日本脳神経内科血管治療研究会事務局

FAX　　　 06-6943-6467

メール添付　jsvin-admin@umin.net