　日本脳神経内科血管治療研究会　入会届

　私は、下記の事項を届け出て日本脳神経内科血管治療研究会に入会を希望します。

　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.ac.jp