

一般社団法人 日本神経病理学会 入会申込書

申込年月日	20 年 月 日	会員番号	(事務局記載欄)
入会年度	年度 ※入会希望年度(4月から翌3月)を必ずご記入ください		

会員種別	いずれかを○で選択ください 1. 正会員 2. 準会員(学生) 3. 準会員(技術補助者) 4. 賛助会員
------	---

フリガナ	性別	男 ・ 女
氏名	生年月日 (西暦)	年 月 日

英文氏名	英文敬称 Dr. Ms. など ()
------	--

連絡先指定	*会費請求書等の送付等、学会からの連絡先となります。(いずれかを○で選択ください) 1. 勤務先 2. 自宅
-------	--

勤務先	施設名:		
	部署・部局名:	役職	
	住所: 〒		
	TEL ()	FAX ()	
	e-mail @		

自宅	住所: 〒		
	TEL ()	FAX ()	
	携帯電話 ()		
	e-mail @		

最終学歴	大学	学部・大学院	学科・研究科	課程
	(西暦 卒業・修了・在学中)			

■送付先(郵送, ファックス, E-mailでお送り下さい) ■

〒169-0072 東京都新宿区大久保2丁目4番12号 新宿54*ックスビル(株)春恒社 学会事務部内 一般社団法人 日本神経病理学会 事務局行 (TEL: 03-5291-6231/FAX: 03-5291-2176/E-mail: jsnp@shunkosha.com)

【個人情報の取扱い】お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。

【E-mailについて】ご登録いただいたメールアドレスへ、学会からのお知らせを一斉配信しております。

事務局使用欄	受領日	処理日
--------	-----	-----