

日本脳神経外科 M&M 学会 入会申込書

下記のとおり入会を申し込みます。

申込年月日	年 月 日		
氏名			
(フリガナ)			
(英字)			
生年月日 性別	年 月 日生	☐ 男 ☐ 女	
日本脳神経外科学会	会員番号：		
日本脳神経外科学会専門医	☐ 有（専門医番号： ） ☐ 無		
日本脳神経外科学会 COI 申告 (直近 3 年間を記入)	<u>20</u> 年 ☐ 完了	<u>20</u> 年 ☐ 完了	<u>20</u> 年 ☐ 完了
所属施設名			
所属診療科			
所属住所	〒		
電話番号 ファックス番号	TEL:	FAX:	
連絡先メールアドレス	@		
郵便物送付先	☐ 所属先 ☐ 自宅		
* 以下は、送付先を「自宅」とした先生のみが記載して下さい。			
自宅住所	〒		
自宅電話番号	TEL:		

申込書送付先：日本脳神経外科 M&M 学会 事務局

メール：jamm-office@umin.ac.jp

FAX：076-434-5034（富山大学脳神経外科医局）

申込書を送付したのち、年会費をお振り込み下さい（銀行振込）。

【年会費】正会員：8,000 円（不課税）

【振込先】口座名：北陸銀行(0144) 呉羽支店(120) 普通 No. 6109727

口座名義：日本脳神経外科 M&M 学会
ニホンノウシンケイゲカエムアンドエムガクカイ

申込書、入金を確認しましたら、事務局から受付完了のメールをお送りいたします。