

日本小児神経学会入会申込書

記入日 年 月 日

フリガナ			性別	男 女	
ローマ字					
氏名（漢字）		印	生年月日（西暦）	年 月 日	
メールアドレス	@				
所属機関	名称				
	診療科		職位		
	所在地	〒			
	TEL	-	-	FAX	-
所属機関の種別	<input type="checkbox"/> 大学病院（本院） <input type="checkbox"/> 地域支援病院 <input type="checkbox"/> 臨床研修指定病院および大学病院分院 <input type="checkbox"/> 小児専門医療機関 <input type="checkbox"/> その他				
職種・専門分野	<input type="checkbox"/> 医師	A: 小児科 B: 小児神経科 C: 小児保健 D: 小児精神 E: 脳神経外科 F: 精神神経科 G: 神経内科 H: 内科 I: 整形外科 J: 放射線科 K: 産婦人科 L: 遺伝科 M: リハビリテーション N: 他科			
	<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をし、 専門分野を ○で囲んで下さい	<input type="checkbox"/> 非医師（職名： ） ※OT, PTなど	O: 基礎医学 P: 公衆衛生 Q: 歯科 R: 検査科 S: 心理 T: 特殊教育 U: 基礎教育 V: 薬学・薬剤 W: その他		
学 歴	大学名：	大学	（西暦）	年 月 卒業	
	大学院名：	大学院	（西暦）	年 月 卒業	
	学 位：	修士 / 博士			
自 宅	〒				
	TEL	-	-	FAX	-
学会誌送付先（連絡先）	希望送付先を○で囲んで下さい (1) 勤務先 (2) 自 宅				
会員種別	ご希望の会員種別を○で囲んで下さい 一般会員 ・ 臨時会員（一年のみ） ・ 外国人会員 ・ 賛助会員 - 本会の会員の種別は、次のとおりとなっています（定款より抜粋） - ・ 一般会員 本会の目的に賛同し、小児神経学に関連のある診療・教育・研究に従事している者 ・ 臨時会員 本会の目的に賛同し、小児神経学に関連のある診療・教育・研究に従事している者で単年度の会員になる者 ・ 外国人会員 本会の目的に賛同し、小児神経学に関連のある診療・教育・研究に従事している外国在住の外国籍者 ・ 賛助会員 本会の目的に賛同し、本会の事業を賛助しようとする者				
推薦者署名	推薦者は会員区分を○で囲んで下さい。なお一般会員ならびに外国人会員は評議員の、臨時会員は一般会員の推薦が必要です 評 議 員 一般会員	印	希 望 入会年度	年度	

申込書送付先
 〒162-0055 東京都新宿区余丁町8-16 ネオメディアトピア4F
 一般社団法人日本小児神経学会
 Fax : 03-3351-4067 ; E-mail : gakkai@childneuro.jp

事務局使用欄 ※記入しないで下さい

会費受付日	年 月 日
入会年月日	年 月 日
会員番号	