

### ID/パスワード確認依頼書

ID/パスワードを学会事務所より受け取っていない方、また、紛失した方は下記に必要な事項をご記入の上、FAXまたは郵便にて事務局までご連絡下さい。

なお、事務所からの連絡はプライバシー保護のため、郵送にて行わせていただいておりますので、ご了承下さい。

宛先

〒162-0055東京都新宿区余丁町8-16 ネオメディトピア4F

一般社団法人 日本小児神経学会

FAX : 03-3351-4067

フリガナ	
氏名	
勤務先	
所属	
確認書送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他
送付先名/ その他送付先名	
郵便番号	
都道府県	
区市町村、町名	
番地	
マンション/ アパート名/部屋番号	
電話番号	自宅：                      勤務先：                      その他：
FAX番号	自宅：                      勤務先：                      その他：
E-mailアドレス	