JANE
The Japan Academy of Neurosonology and Embolus

入会申込書

一般社団法人　日本脳神経超音波と栓子検出学会
理事長　　井口　保之　殿
事務局長　　藤本　茂　　殿

下記の通り、入会をいたします。

入会申込日：　　年　　月　　日

氏　　名：（しめい）	
生年月日：	（西暦）　　年　　月　　日　　（ 男 ・ 女 ）
職　　種： （✔ をしてください）	☐ 医師（10,000円） ☐ メディカルスタッフ（7,000円） ☐ 診療放射線技師　☐ 臨床検査技師 ☐ 看護師　☐ 学生 ☐ その他 （　　）
自　　宅：	〒 電話：　　FAX：
勤 務 先：	〒 施設名・科： 役職： 電話：　　FAX：
E－Mail：	
機関誌送付先： （✔ をしてください）	☐ 勤務先　☐ 自宅

上記をご記入の上、FAX：075-468-8773　またはご郵送ください

＊事務局 記入欄

受付日	会員番号	備　考
年　　月　　日		

一般社団法人　日本脳神経超音波と栓子検出学会　事務局（代行）
〒612-8082　京都市伏見区両替町2-348-302
アカデミック・スクエア　内
TEL：075-468-8772　FAX：075-468-8773