

## 学会在籍証明書交付申請書

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、証明書の交付を申請いたします。

申請日:(西暦) 年 月 日

し め い 氏 名:	
会員番号: <small>*不明の場合は空欄のまま</small>	
生年月日:	(西暦) 年 月 日 (男)
発行数:	通
交付事由: (使用目的)	
証明書送付先: (連絡先)	〒 _____ _____ _____ 電話: _____ FAX: _____
E-Mail:	

\* 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	発行番号	申請者へ送付
年 月 日		<input type="checkbox"/> 普通郵便 <input type="checkbox"/> 速達郵便

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(株) 内

TEL:075-468-8772 FAX:075-468-8773