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

氏　名：(しめい)	
会員番号： ＊不明の場合は空欄のまま	
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		□　普通郵便 □　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