

日本神経麻酔集中治療学会

Japanese Society of Neuroscience in Anesthesiology and Critical Care

入会申込書

会員 (○で囲んでください)		正会員 (医師)	准会員 (医師以外の医療および研究に従事する者)
氏名	フリガナ		
	日本語		
	英語		
所属	日本語		
	英語		
所属住所 (又は 連絡先)	日本語	〒	
	英語		
TEL			
FAX			
E-mail			

*入会ご希望の方は、入会申込書に必要事項をご記入の上、下記日本神経麻酔集中治療学会事務局へご提出下さい。また、**年会費:正会員 5,000 円・准会員 2,000 円**を別紙郵便局払込取扱票にてお振込下さい。

(払込取扱票がない場合は、口座記号番号:01370-9-52500 加入者名:日本神経麻酔集中治療学会にお振込下さい)

*入会申込書は、本申込用紙のコピーのご利用も可です。また、日本神経麻酔集中治療学会事務局のホームページからもダウンロードできます。

年会費

正会員:5,000円

准会員:2,000円

日本神経麻酔集中治療学会事務局
〒634-8522 奈良県橿原市四条町 840 番地
奈良県立医科大学教室内
TEL :0744-29-8902 FAX:0744-23-9741
E-mail: jsnacc@naramed-u.ac.jp

事務用 No. (_____)

受付年月日 _____

振込年月日 _____