

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 円を下記の口座にお振込下さい。

<払込先>

銀行名:大垣共立銀行 黒野支店

口座番号:普通 423324

名義:ニホンシンケイマスイシュウチュウチリョウガツカイジムキョク

日本神経麻酔集中治療学会事務局

ジムキョクチョウ カミヤヨシノリ

事務局長 紙谷義孝

年会費

正会員:5,000円

准会員:2,000円

〒501-1194 岐阜市柳戸1番1

岐阜大学大学院医学系研究科麻酔科疼痛医学分野教室

日本神経麻酔集中治療学会事務局

事務局長:紙谷 義孝

TEL:058-230-6404 FAX:058-230-6405

E-mail: jsnacc@t.gifu-u.ac.jp

事務用 No. (_____)

受付年月日 _____

振込年月日 _____