

# 日本神経麻酔集中治療学会 入会申込書

申込日 年 月 日

|                   |                                                            |   |  |   |  |   |                                                           |       |  |  |
|-------------------|------------------------------------------------------------|---|--|---|--|---|-----------------------------------------------------------|-------|--|--|
| 会員<br>(○で囲んでください) | 正会員<br>(医師)                                                |   |  |   |  |   | 准会員<br>(医師以外の医療および研究に従事する者)                               |       |  |  |
|                   | 姓 (Last name)                                              |   |  |   |  |   | 名 (First name)                                            |       |  |  |
| 名 前               |                                                            |   |  |   |  |   |                                                           |       |  |  |
| 名前(カナ)            |                                                            |   |  |   |  |   |                                                           |       |  |  |
| 名前(英字)            |                                                            |   |  |   |  |   |                                                           |       |  |  |
| 生年月日              | 西暦                                                         | 年 |  | 月 |  | 日 | 性 別                                                       | 男 ・ 女 |  |  |
| 連絡先               | <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 |   |  |   |  |   | *チェック無い場合は所属先の登録とさせていただきます。<br>*連絡先は、配布物等の送付先及び名簿掲載先となります |       |  |  |

## ◆所属機関◆

|       |        |  |  |  |  |     |    |     |  |  |
|-------|--------|--|--|--|--|-----|----|-----|--|--|
| 名称・部署 |        |  |  |  |  |     | 職名 |     |  |  |
|       |        |  |  |  |  |     |    |     |  |  |
| 住 所   | (〒 - ) |  |  |  |  |     |    |     |  |  |
|       | TEL    |  |  |  |  | 内線: |    | FAX |  |  |

## ◆自宅◆

|     |        |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
|-----|--------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|
| 住 所 | (〒 - ) |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
|     | TEL    |  |  |  |  | FAX |  |  |  |  |

## ◆メールアドレス◆

|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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ください。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みください。

<振込先>

銀行名:大垣共立銀行 黒野支店

口座番号:普通 423324

名義:日本神経麻酔集中治療学会事務局 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 1-1

岐阜大学大学院医学系研究科麻酔科・疼痛医学分野

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.( )