

入 会 申 込 書

(入会申込日) 西暦 年 月 日

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------|
| | 姓 | 名 | 生年月日 | | |
| 氏名 | | | 西暦 | | |
| | | 印 | 年 | 月 日 | |
| フリガナ | | | 性別 | 会員 | |
| ローマ字 | | | | | <input type="checkbox"/> 男 |
| メールアドレス | @ | | <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 学生会員 | |
| UMIN-ID | 登録済み・未登録 (いずれかを○で囲んでください) | | | | |
| | @umin.ac.jp | | | | |
| | | | 送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 | | |
| 所属先 (勤務先) ※勤務先名、勤務先カナ名は記入必須 | 勤務先名 | | | | |
| | 勤務先カナ名 | | | | |
| | 所属 | | | | |
| | 郵便番号 | | | | |
| | 住所 | | | | |
| | 電話番号 FAX | 内線 | | | |
| 自宅 ※「学生会員」および送付先が自宅の方は記入必須 | 郵便番号 | | | | |
| | 住所 | | | | |
| | 電話番号 FAX | | | | |
| 資格 ※複数回答可 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 専門分野 | 基礎系 ・ 臨床系 (いずれかを○で囲んで下さい) | | | | |
| 専門科 | (該当するものを1つお選びください※複数回答不可) | | | | |
| | 基礎系 | <input type="checkbox"/> 心理学 | <input type="checkbox"/> 体育学 | <input type="checkbox"/> 生理学 | <input type="checkbox"/> 神経科学 |
| | | <input type="checkbox"/> 工学 | <input type="checkbox"/> 特殊支援教育学 | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 臨床系 | <input type="checkbox"/> 脳神経内科 | <input type="checkbox"/> 精神科 | <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 | <input type="checkbox"/> 小児科 |
| <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 検査科 | <input type="checkbox"/> 理学/作業療法科 | |
| | <input type="checkbox"/> 歯科 | <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 推薦人 | (代議員・専門医・専門技術師) | | | 印 | |
| 【ご注意】 1. 入会申込希望者はこちらの入会申込書をご記入のうえ、下記の事務局までご郵送ください。 2. 自宅は学生会員での入会、および送付先を自宅に希望する方のみご記入下さい。 3. 学生会員として入会をご希望の方は、在学証明書(本紙)を添付してください。 4. 推薦人がいない場合は空白とし、次ページの入会申込用略歴書を添付し、ご送付ください。 (該当しない方は次ページの略歴書提出は不要です。) | | | | | |
| 入会申込書送付先: 〒102-0075 東京都千代田区三番町2 三番町KS ビル 株式会社コンベンションリンケージ内 一般社団法人日本臨床神経生理学会事務局 | | | | | |
| | | | TEL : 03-3263-8697 | | |
| | | | FAX : 03-3263-8687 | | |

一般社団法人 日本臨床神経生理学会 入会申込用略歴書

入会申込日 年 月 日 (西暦)

入会申込者氏名

印

1. 最終学歴

| | |
|-----------|-------|
| 大学・大学院・学校 | 学部・課程 |
| 学科・研究科 | 専攻 |
| | 年入学 |
| | 年卒・年了 |

2. 学歴/職歴 (西暦で記入)

| | |
|-----|--|
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |
| 年 月 | |

3. その他 (他の所属学会、資格、免許等)

| |
|--|
| |
|--|

入会申込書・略歴書送付先: 〒102-0075 東京都千代田区三番町2 三番町KSビル
株式会社コンベンションリンケージ内
一般社団法人日本臨床神経生理学会事務局
TEL:03-3263-8697 FAX:03-3263-8687

※本学会庶務理事が入会審査を致します。当略歴書に必要事項を記入の上事務局宛までお送り下さい。