

# 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	
			年	月 日
フリガナ			性別 <input type="checkbox"/> 男  <input type="checkbox"/> 女	会員 <input type="checkbox"/> 正会員  <input type="checkbox"/> 学生会員
ローマ字				
メールアドレス	@			
UMIN-ID	登録済み・未登録 (いずれかを○で囲んでください)		送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
	@umin.ac.jp			
	@umin.ac.jp 登録済みの方は、お使いの UMIN ID をご記入下さい。 未登録の方には、学会事務局で UMIN ID を発行してご連絡いたします。			
所属先 (勤務先) <small>※勤務先名、勤務先カナ名は記入必須</small>	勤務先名			
	勤務先カナ名			
	所属			
	郵便番号			
	住所			
電話番号	内線			
FAX				
自宅 <small>※「学生会員」および送付先が自宅の方は記入必須</small>	郵便番号			
	住所			
	電話番号			
FAX				
資格 <small>※複数回答可</small>	<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	<b>基礎系</b> ・ <b>臨床系</b> (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	
<b>【ご注意】</b> 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 : 03-3263-8693	

# 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	

## 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クージ内  
一般社団法人日本臨床神経生理学会事務局  
TEL:03-3263-8697 FAX:03-3263-8693

※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。