

(一社) 日本ガンマナイフ学会 入会申込書

※会員番号

■登録年月日

年

月

日

※印は事務局記載欄です。

	姓				名			
フリガナ								
氏名								
ローマ字								
生年月日	西暦	年	月	日	性別	男	・	女

連絡先

1. 所属

2. 現住所(自宅)

※連絡先(送付先)をご指定下さい

■所属情報■

勤務先								
所属科								
役職								
所在地	〒	—						
	TEL :	(内線 : — ・ 直通)				FAX :		
	E-mail :							

■現住所(自宅)情報■ (自宅を連絡先に指定した場合のみ)

現住所	〒	—						
	TEL :					FAX :		
	E-mail :							

■職種(以下の分野から主なものを一つご選択いただき□にレ印をお付け下さい)■

<input type="checkbox"/> 脳神経外科医	<input type="checkbox"/> 放射線治療医	<input type="checkbox"/> 放射線診断医	<input type="checkbox"/> 神経内科医	その他医師()科)
<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 診療放射線技師	<input type="checkbox"/> 医学物理士	<input type="checkbox"/> 事務職	その他()

■送付先■

一般社団法人日本ガンマナイフ学会事務局

FAX : 03-5289-8117 もしくは Email : jljk-gakkai@umin.ac.jp

■(一社)日本ガンマナイフ学会個人情報の取扱い■

登録させていただきました上記の個人情報は、本学会の運営に必要なことのみを使用致しますのでご了承下さい。