日本脳卒中の外科学会・新入会票

	年　　月　　日	会員 NO.
ふりがな		脳神経外科専門医NO.
氏　名		生年月日 19　年　　月　　日
機関誌送付先 （勤務先・自宅） ＊どちらかを選択	〒（　　－　　）	
TEL：　　FAX：		
e-mail：		
学会からの連絡手段電子化について：　　□同意します　　□同意しません ※当会では主な連絡手段を電子メールとさせていただいております。 電子メール以外（郵便、FAX等）をご希望の方は“同意しません”を選択ください。		
備　考		