

日本難病医療ネットワーク学会 会員申込用紙

申し込み先 fax : 06-6879-3579 / メール : info@nanbyo-net.com

○日本難病医療ネットワーク学会に、下記区分で入会します。

区分： 一般会員 ・ 団体会員 ・ 賛助会員

(いずれかに○をお願いいたします)

お申し込み日： 年 月 日

| | | | |
|------------|--------------------------------------|------|-------------|
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 勤務先 | | 職種 | |
| | | 役職 | |
| 勤務先住所 | 〒 _____ 住所 _____ | | |
| 電話番号 | 所属先 _____ 携帯番号 _____ | | |
| 希望連絡先 | 勤務先 ・ 携帯番号 ・ その他 _____ | | |
| 希望送付先 | 〒 _____ 勤務先 ・ その他 住所 _____ | | |
| FAX 番号 | | | |
| メールアドレス | PC アドレス | | |

本書にご記入いただいた内容は当学会の活動内の使用に限定し、他の目的には使用いたしません。

【日本難病医療ネットワーク学会事務局】

大阪大学大学院医学系研究科神経内科学内

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2

TEL06-6879-3571 FAX06-6879-3579