

(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 : 03-5425-1605 もしくは Email : jlgk@convex.co.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ください。