**一般社団法人　日本脳腫瘍の外科学会**

**The Japanese Congress for Brain Tumor Surgery**

**【 入会申込書 】**

入会申込日　：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏　　名** |  |
| **所 属 先** |  | **役　職** |  |
| **入会者区分** | 医師　　・　　その他医療従事者 |
| **連絡先** | 所属先　・　自宅　・　その他（　　　　　　　　　　　） |
| **所属先住所** | **〒** |
| **TEL** | **FAX** |
| **E-mail** |  |
| **生年月日** | **年　　　　　月　　　　　日** |
| **専門分野** |  | **専門医　/　非専門医** | **専門医番号：** |
| **その他連絡先** | **〒** |
| **TEL** | **FAX** |

**※太枠内は必須事項ですので記入漏れの無いようにお願い致します**

〈 申込先 〉**一般社団法人　日本脳腫瘍の外科学会**

〒113-8655

東京都文京区本郷7-3-1　東京大学医学部脳神経外科内

TEL：03-5800-8853

FAX：03-5800-8655

Email：jcbts-soc@umin.ac.jp