

日本心血管脳卒中学会 入会届け

私は、下記の事項を届け出て日本心血管脳卒中学会に入会を希望します。

自著 _____

| | | |
|-----|-----------|---------------------------------------|
| 0 | 届出日 | 年 月 日 |
| 1 | 氏名 | |
| 2 | しめい | |
| 3 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 4 | メールアドレス | |
| 5 | 会員区分 | 正会員（医師）・準会員（医師以外） |
| 6 | 連絡先 | 勤務先・その他 |
| 7 | 所属施設 | |
| 8 | 所属診療科 | |
| 9 | 所属〒 | |
| 10 | 所属住所 | |
| 11 | 所属 TEL | |
| 12 | 所属 FAX | |
| 13* | 連絡先〒 | |
| 14* | 連絡先住所 | |
| 15* | 連絡先 TEL | |
| 16* | 連絡先 FAX | |
| 17 | 基本診療科 | 内科・外科・脳神経外科・放射線科・救急科 その他（ ） |
| 18* | サブスペシャリティ | 循環器・脳卒中・その他（ ） 血管外科・心臓血管外科・その他（ ） |
| 19* | 職種 | 看護師・診療放射線技師・薬剤師・臨床検査技師 企業社員・その他（ ） |

- 0 から 12 は、全員が必須項目です。
- 13 から 16 は、連絡先が勤務先の場合は不要です。
- 17 は、正会員は必須項目です。
- 18 は、基本診療科が内科または外科以外の場合は不要です。
- 19 は、準会員は必須項目です。

郵送 〒564-8565 国立循環器病研究センター 脳血管内科内 日本心血管脳卒中学会事務局

FAX 06-6170-2012

メール添付 cvss-office@umin.org