

日本運動障害研究会 入会申込書

申込年月日		令和 年 月 日	
ふりがな			
氏名			性別 男・女
勤務先 種別	(いずれかに○をつけてください) 病院 大学 開業医 その他()		
勤務先	名称		
	所属科		
	職名		
	住所	(〒 -)	
	TEL		
	FAX		
	E-mail		
*機関誌・郵便物の送付先 (いずれかに○をつけてください) 勤務先 自宅			
自宅送付の 場合のみ 記入	自宅住所		
	TEL		
	FAX		

1. 入会申込書をご記入後、日本運動障害研究会まで
mail、もしくはFAXにてご送付願います。

日本運動障害研究会 事務局
(自治医科大学附属さいたま医療センター 脳神経内科内)
Mail : jmdd-office@umin.ac.jp
FAX : 048-648-5188

2. 年会費 3,000円です。機関誌(年2回発行)の代金も含まれます。

3. 年会費の払込は 郵便振替払込取扱票 をご使用ください。

振込先 口座番号 00180-3-594537
加入者名 日本運動障害研究会