

# 日本神経免疫学会 入会申込書

会員番号	
------	--

申込年月日	年	月	日
-------	---	---	---

入会年度	年度
------	----

(フリガナ) 氏名 (英文)	印		
生年月日	19	年	月
			日
	性	別	男
			女

卒業大学・年度 (英文)	
主な研究領域	

連絡先	1. 所属	2. 現住所
-----	-------	--------

※ 連絡先、送付先をご指定ください。

■所属機関 ■

名称		職位 (英文)	
所属施設・科 (英文)			
所在地	〒		
	TEL:		FAX:

■現住所 自宅 ■

現住所	〒		
	TEL:		FAX:

■電子メールアドレス ■

--

郵送先:

〒589-0014  
大阪府大阪狭山市大野東377-2  
近畿大学医学部神経内科学教室内  
日本神経免疫学会事務局

**FAX:072-368-4846**

TEL:072-366-0221