



## 学会在籍証明書交付申請書

一般社団法人 日本脳神経超音波学会  
理事長 高瀬 憲作 殿  
事務局長 長束 一行 殿

下記の通り、証明書の交付を申請いたします。

申請日:平成 年 月 日

し め い 氏 名:	
会員番号: *不明の場合は空欄のまま	
生年月日:	(西暦) 年 月 日 (男)
発行数:	通
交付事由: (使用目的)	
証明書送付先: (連絡先)	〒 _____ _____ _____ 電話: _____ FAX: _____
E-Mail:	

\* 上記をご記入の上、FAX:075-468-8773またはご郵送ください

### \*事務局 記入欄

受付日	発行番号	申請者へ送付
年 月 日		<input type="checkbox"/> 普通郵便 <input type="checkbox"/> 速達郵便

一般社団法人 日本脳神経超音波学会 事務局(代行)  
〒612-8082 京都市伏見区両替町2-348-302  
アカデミック・スクエア(株) 内  
TEL:075-468-8772 FAX:075-468-8773