



休会・復会 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 ト部 貴夫 殿

下記の通り、休会・復会いたしたく、お届けします。

申請日:(西暦) 年 月 日

し め い 名: 氏 名:	
会 員 番 号: *不明の場合は空欄のまま	
申 請 内 容: (✓ をしてください)	<input type="checkbox"/> 休会 :(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 復会 :(西暦) 年 月 日 から
事 由: (✓ をしてください)	<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他 <hr/>
休会中／復会後の連絡先: *休会中の機関誌送付はありません	〒 _____ _____ _____ 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	備 考
年 月 日	

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