

日本運動障害研究会入会申込書

申込年月日	平成 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郵送してください。

日本運動障害研究会 事務局
〒330-8503 埼玉県さいたま市大宮区天沼町1-847
自治医科大学附属さいたま医療センター 神経内科
TEL 048-647-2111 FAX 048-648-5188

2. 年会費 1,000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