

日本神経学会九州地方会入会申込書

令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	
勤務先	
勤務先住所	〒
勤務先電話	
勤務先FAX	
メールアドレス	

備考

--

上記に記入の上、郵送または FAX で九州地方会事務局（鹿児島大学神経内科内）に御送り下さいますようお願い申し上げます。

〒890-8520

鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

脳神経内科・老年病学内

TEL099-275-5332

日本神経学会九州地方会事務局

FAX099-265-7164

E-mail : tihoukaijimu@kufm.kagoshima-u.ac.jp