(No.　　)

日本脳神経外科光線力学学会　賛助会員申し込み用紙

貴施設名			
代表者名			
住　所　〒			
TEL		FAX	
ご担当者			
ご担当者E-mail			
１．プログラム・抄録集への貴施設名掲載について 諾　・　否		1.本会ホームページへの貴施設名掲載について 諾　・　否	
賛助会員会費	１期１年　１口 10万円　1口以上		
お申込み口数		（　　）口	
金額　　円			
注　記	払込口座　三井住友銀行　高槻支店（152）普通預金No.2501395		
	名　　義　日本脳神経外科光線力学学会事務局　代表　黒岩敏彦		
※事務局記入欄			
年度　　賛助会費	未　・　済	入会日：　　年　　月　　日	
備考			

下記事務局宛までメールにてお送りください

日本脳神経外科光線力学学会事務局
連絡先E-mail：jpns@ompu.ac.jp