

日本脳腫瘍病理学会事務局 行

Fax 052-744-2361

E-mail nouge-jimu3@med.nagoya-u.ac.jp

年 月 日

日本脳腫瘍病理学会

The Japan Society of Brain Tumor Pathology

<入会届>

ふりがな	
氏名	
所属機関名	
専門分野 (チェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 病理 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> その他()/認定医番号 No. _____
役職	
〒 所属機関住所	
Tel.	
Fax.	
E-mail	
* Token 番号送付方法 (○を付けてください)	メール ・ 郵送
(備考欄) ※郵送物の発送先が上記と異なる場合はこちらにご記入ください。	
申込先: 日本脳腫瘍病理学会 事務局 〒466-8550 愛知県名古屋市昭和区鶴舞町 65 名古屋大学医学部脳神経外科内 TEL: 052-744-2355 FAX: 052-744-2361 E-mail: nouge-jimu3@med.nagoya-u.ac.jp	

* Token 番号とは日本脳腫瘍病理学会が発行している学会誌の電子ジャーナルを閲覧するための番号です。