

## 近畿脳神経血管内手術法ワークショップ 入会届け

私は近畿脳神経血管内手術法ワークショップに入会したいので、以下の情報とともに届け出ます。

届出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名（自著） \_\_\_\_\_

|           |               |
|-----------|---------------|
| 氏名        | 姓名の間にスペース     |
| しめい       | かな（姓名の間にスペース） |
| E-mail    | 必須です<br>@     |
| 性別        | 男/女           |
| 生年月日      | （西暦）<br>年 月 日 |
| 所属機関      |               |
| 診療科       |               |
| 〒         |               |
| 住所        |               |
| TEL       |               |
| FAX       |               |
| 脳血管内治療専門医 | 指導医、専門医、なし    |
| 専門医番号     |               |