脳神経超音波マニュアルCD購入　申込書

＊下記をご記入の上、FAXまたはご郵送ください。

申込日：平成　　年　　月　　日

氏（しめい）　名：		
E－Mail: (*連絡をさせていただく場合のアドレス)		
CD購入希望数：		本
✔をしてください	□会員 (CD:1,000円 ＋ 送料160円)	会員番号：　　＊不明の場合は空欄のまま
	□非会員 (CD:3,000円 ＋ 送料160円)	□ 入会希望 ＊会費と同時に振込をされる場合、会員価格で購入が可能です
職　　種： (✔ をしてください)		□ 医師 □ コメディカル □ 診療放射線技師　□ 臨床検査技師 □ 看護師 □ その他 （　　）
自　　宅：		〒 電話：　　FAX：
勤 務 先：		〒 施設名・科： 電話：　　FAX：
CDの送付先： (✔ をしてください)		□ 勤務先　　□ 自宅

＊事務局 記入欄

受付日	No.	発送日	備　考
年　月　日		年　月　日	

日本脳神経超音波学会　事務局
〒701-0192　倉敷市松島577
川崎医科大学脳卒中医学教室内
TEL & FAX：086-464-1128