

# 日本脳神経外科コンgres入会のご案内

## 1. 会費について

入会金： ¥5,000-

年会費： ¥15,000- 正会員（専門医）

¥10,000- 準会員（非専門医） 協力会員 外国人会員

入会申込書を FAX（03-5684-3096）にてお送りください。お振込用紙をお送りしますので、手続きをお願いいたします。入金確認後、ジャーナル誌を送付いたします。

なお、平成 28 年 1 月 1 日現在、70 歳以上の方は年会費が免除となります。

## 2. コンgres年度について

平成 28 年度は、平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日までです。

## 3. 学会の開催について

通常、5 月頃に学会を開催いたします。

なお、（一社）日本脳神経外科学会専門医クレジット（専門医生涯教育制度）点数 30 点、日本脳卒中学会クレジット点数 5 点です。

## 4. 脳神経外科ジャーナル Japanese Journal of Neurosurgery

機関誌を年間 12 冊出版しています。入会された時点から毎月自動的に送付されます。入会時以前に発行されたジャーナルについては送付されませんのでご了承ください。

また、会則よりその年度の会費を納入した者にのみ機関紙を発送いたしますので、ご留意願います。

## 5. 会員登録情報変更、留学等の申請について

日本脳神経外科コンgres ホームページ>事務手続きのフォームよりご連絡お願いいたします。その他、ご不明な点がございましたら、事務局までお問い合わせください。

【連絡先】 日本脳神経外科コンgres事務局

〒113-8421 東京都文京区本郷 2-1-1

順天堂大学医学部脳神経外科内

Tel (03) 3813-1039 Fax (03) 5684-3096

E-mail: jcns@juntendo.ac.jp

## 日本脳神経外科コンgres 入会申込書

フリガナ	
氏 名	
生年月日	西暦 年 月 日生
性 別	男 ・ 女
医学部卒業年度	年度 大学医学部卒業
会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 (専門医番号: _____)
	<input type="checkbox"/> 準会員
	<input type="checkbox"/> 協力会員
	<input type="checkbox"/> 外国人会員
(一社)日本脳神経外科学会 会員番号	
勤務先名称	
勤務先住所	〒
	TEL: _____ / FAX: _____
	E-mail: _____
ご自宅住所	〒
	TEL: _____ / FAX: _____

※ ご推薦者（施設長の推薦）

【注】 専門医の先生は不要です。

ご推薦者所属先	
氏 名	

備 考	
-----	--

※入金確認日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 事務局確認