

特定非営利活動法人
日本ブレインヘルス協会
Brain health Association of Japan
正会員入会申込書

氏名 _____ (フリガナ) _____

学位・資格 _____

(該当の□に✓を付してください。()内は具体的にお書き込みください。)

職業 科学研究者 医師 医療関連従事者 () 健康関連従事者 ()
 会社員 (研究所 技術関係 営業関係 その他 ()
 その他 ()

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(下記の双方ともご記入ください。連絡先としてご希望の方をチェックしてください。)

所属施設・科 _____

住所 〒 _____

TEL : _____ FAX : _____

e-mail _____

自宅ご住所 〒 _____

TEL : _____ FAX : _____

e-mail _____

個人会員の入会金・年会費は下記の通りです。

入会金：¥6,000 / 年会費：¥9,000

この申込書に所定の事項をご記入の上、FAXまたは郵送でお送りください。E-mailで上記の全ての該当事項をご記入の上送信していただいても結構です。

送付先

〒153-0053 東京都目黒区五本木1-14-14

特定非営利活動法人 日本ブレインヘルス協会事務局

TEL : 090-2167-1335

FAX : 03-3713-1174

E-mail : npo@brainhealth.jp