

入会フォーム

平成 年 月 日

臨床脳電位研究会 事務局長

工藤 千秋 殿

F A X : 03-5767-0327

「臨床脳電位研究会」への入会を申し込みます。

フリガナ	
氏名	
連絡先ご住所	〒
TEL	
FAX	
メールアドレス	
会員区分 希望する会員 に○をつけてく ださい。	M会員 : 5,000 円 E会員 : 5,000 円 W会員 : 2,000 円 Y会員 : 2,000 円 法人会員 : 50,000 円
会費振り込み日	平成 年 月 日
振込み先	さわやか信用金庫美原支店 店番号 102 口座番号 1072360 口座名 : 臨床脳電位研究会 事務局長 工藤千秋

W会員を希望される方は社員証を、Y会員を希望される方は学生証のコピーもお送りください。