**一般社団法人 日本脳神経外科学会**

**Japan Neurosurgical Database（JND）**

**ログイン情報再発行申請書**

**申請日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **会員番号または専門医番号** |  |
| **会員名** | **ふりがな** |
|  |
| **メールアドレス** |
| **主たる勤務先情報** | **施設番号（分かる場合のみ記入）** |
| **施設名** |
| **所在地　　〒** |
| **送付先（ 自宅 ・ 勤務先 ）** | **※自宅送付希望の場合〒** |
| **備考** |  |

本紙に返信用84円切手（速達希望の場合は＋260円切手）を同封し、
学会事務局までご郵送ください。

送付先：〒113-0033　東京都文京区本郷5-25-16　石川ビル6F
一般社団法人 日本脳神経外科学会 事務局　JND担当