（一社）日本脳神経外科学会

**会員専用ページログインパスワード再発行申請書**

**年　　　　月　　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **会員番号または専門医番号** |  |
| **会員名** | **ふりがな** |
|  |
| **ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** |
| **勤務先住所** | **施設名・診療科名** |
| **所在地** |
| **〒　　　　　　　　　　　電話番号　 　　（　　　 　）** |
| **自宅住所** |  |
| **〒　　　　　　　　　　　電話番号　 　　（　　 　　）** |
| **パスワード送付先** | **自宅　・　勤務先** |
| **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