

日本脳神経外科コンGRES 休会申請書

申請日： 年 月 日

JNS会員番号	
専門医番号	
フリガナ	
氏 名	
勤務先	名称：
	住所：
	TEL：
	FAX：
E-Mail	
休会事由 (該当番号に○をつけてください。)	1. 海外留学 (<u>留学先からの証明書を提出ください</u>) 2. 出産・育児 3. 病気・療養 4. その他 ()
休会予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
留学の場合は留学先及びその連絡先	<p>※<u>留学の場合、必ず連絡先 Email をお知らせ願います。</u></p> <p>国 名： Email： 電 話：</p>
その他（連絡事項）	
◆事務局使用欄	受理日： 年 月 日 / 保留 証明書：有/無