**日本ニューロフィードバック・バイオフィードバック研究会入会申込書**

日本ニューロフィードバック・バイオフィードバック研究会の趣旨を理解し会員となることを申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 職　種右の職種に〇印 | **医師・公認心理師・臨床心理士・言語聴覚士・作業療法士・理学療法士・看護師** |
| フリガナ |  |
| 住 所(ご自宅) | 〒 |
| フリガナ |  |
| 勤務先名 |  |
| 住　所（勤務先） | 〒 |
| 連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 電子メール | 　　　　　　　　　　　＠ |
| ご所属学会 | 入会を希望する理由 |
|  |  |

下記のいずれかに丸印を付けてご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | フリガナご推薦者名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 開業先URL | 　　　　　　　　　　　　　 |

（注）記入された個人情報は本研究会の運営および事務手続きのために必要な範囲でのみ使用します。

〒107-0051 東京都港区赤坂２丁目１５−１５ 赤坂プラザビル ３階

日本ニューロフィードバック・バイオフィードバック研究会事務局

Mail：info@jnbrs.org