

受付番号：

申込日（西暦）

年

月

日

日本脳神経外科学会 調査資料使用申請書

一般社団法人日本脳神経外科学会理事長 殿

下記資料の使用を申請します。データ管理は責任をもって行い、下記の用途以外には使いません。

1. 利用（公表）におけるタイトル

2. 責任申請者 _____ 印

医療機関名・職名 _____

会員番号 _____ 所属支部 _____ 専門医番号 _____

電話番号：_____ FAX 番号：_____

E-mail アドレス：_____

3. 利用（公表）方法

学会（学会名：_____）（発表日：_____）

講演会（講演会名：_____）（発表日：_____）

論文（雑誌名：_____）

その他（_____）

4. 利用（公表）項目

5. 利用（公表）項目の調査期間

6. 2次利用 無 有（_____）

7. その他要望

| | |
|----------|---------------------------------|
| 利用（公表）許可 | <input type="checkbox"/> 可 |
| | <input type="checkbox"/> 不可 理由： |
| | <input type="checkbox"/> 保留 理由： |