

臨床ストレス応答学会入会申込書

申込年月日 平成 年 月 日

ふりがな
氏名：

所属：

住所（所属先）：

Tel：
Fax：
E-mail：

住所（自宅）

Tel：
Fax：
e-mail：

事務局：

〒060-8556 札幌市中央区南1条西17丁目

札幌医科大学医学部病理学第一講座内

臨床ストレス応答学会事務局

TEL：011-611-2111 (内 2691)

FAX：011-643-2310

E-mail：BSSR@sapmed.ac.jp