

1. 立候補者氏名（フリガナ）自筆

氏名 (フリガナ) 印

2. 生年月日

西暦 年 月 日生

年齢：満 歳（2023年3月31日現在）

3. 所属・現職名

4. 連絡先（住所，電話番号，メールアドレス）

住所：

Tel：

E-mail：

5. 本学会会員継続年数（日本平衡神経科学会，日本めまい平衡医学会を含む）
（不明の場合は学会事務局 E-mail：office@memai.jp にお問い合わせ下さい）

年

6. 該当者は○を記入してください

一般社団法人日本めまい平衡医学会 専門会員 ()

一般社団法人日本めまい平衡医学会認定 めまい相談医 ()

一般社団法人日本めまい平衡医学会認定 平衡機能検査士 ()

7. 推薦者1名

（理事・監事・代議員・参与・名誉会員のうちいずれか，自筆署名，押印）

2023年 月 日

氏名 印

8. 届出年月日

2023年 月 日