Asian College of Neuropsychophamacology

**Application for Membership**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Date：

|  |
| --- |
| Name：(Last)　　　　　　　　　　　　　　　　　(First)    Male　/　Female |
| Date of birth： |
| Type ID：　□ Individual Membership　　　□ Corresponding Membership  (✔check) |
| Documents destination：　□Office　　　　□Home  (✔check) |
| Office Name |
| Office Address：〒  TEL：　　　　　　　　　 　FAX：　　　　　　　　　　　E-mail： |
| Degree(s) |
| Home　Address：〒  TEL：　　　　　　　　 　　FAX：　　　　　　　　　　　E-mail： |
| Name of member who recommend you (if applicable)： |
| Your motivation to join in the AsCNP： |

Note：please write in block letters.

Annual membership fees can be paid only by bank transfer.

membership fees: 25USD for 1 year or 100USD for 5 years

※Please email this application and your CV to:

Asian College of Neuropsychopharmacology (AsCNP) Secretariat

c/o A & E Planning Co., Ltd.

Hitotsubashi Bekkan 4F, 2-4-4 Hitotsubashi, Chiyoda-ku, Tokyo 101-0003

Phone: 03-6685-8760 / Fax: 03-3230-2479

Email: secretariat @ascnp.org