

賛助会員退会届

年 月 日

公益社団法人日本麻酔科学会

理事長

殿

会員番号			退会希望日	年 月 日	
フリガナ 御社名			フリガナ 御担当者名	印 <small>※押印がない場合は無効です</small>	
企業情報	所属部署				
	所在地	〒			
	電話番号		FAX番号		
	E-Mail Address				
退会理由	※必ずご記入下さい			事務局使用欄	

原本をご郵送下さい

退会届の到着を以って、退会とさせていただきます。

〒650-0047

神戸市中央区港島南町1-5-2

神戸キメックセンタービル 3階

TEL:078-306-5945

Email:kanri2@anesth.or.jp