

公益社団法人日本麻酔科学会  
**逝去届**

年 月 日

公益社団法人日本麻酔科学会

理事長 殿

逝去のため退会を希望いたします。

届人氏名 印  
 (続柄: )

|        |  |    |       |          |       |
|--------|--|----|-------|----------|-------|
| 会員番号   |  |    |       | 逝去日      | 年 月 日 |
| フリガナ氏名 |  | 性別 |       | 生年月日(西暦) | 年 月 日 |
| 勤務機関   | 名 称  |    |       |          |       |
|        | 所 属  |    |       |          |       |
|        | 所 在 地  | 〒  |       |          |       |
|        | 電 話 番 号  |    | FAX番号 |          |       |
|        | E-Mail Adress  |    |       |          |       |
| 自 宅    | 住 所  | 〒  |       |          |       |
|        | 電 話 番 号  |    | FAX番号 |          |       |
| 連 絡 先  | <input type="checkbox"/> 勤務先・ <input type="checkbox"/> 自宅 (いずれかに○を付けてください) |    |       |          |       |
| 備考     |  |    |       |          | 受付印   |

FAXまたは郵送でご提出下さい。  
 TEL. 078-306-5945 FAX.078-306-5946  
 〒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