

公益社団法人日本麻酔科学会  
退会届

年 月 日

公益社団法人日本麻酔科学会

理事長 殿

今年度分迄の年会費は 納入済 ・ 未納 です。  
どちらかを で囲んで下さい  
再入会の際は、未納年会費の納入が条件となります

会員番号		退会希望日	年	月	日
フリガナ 氏 名	印 <small>押印がない場合は無効です</small>	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	勤務先 ・ 自宅 (いずれかに を付けてください)				
退会理由	必ずご記入下さい				受付印    事務局記入欄

押印後、原本をご郵送下さい。

(電話) 078-306-5945  
〒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