

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