

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