

退会届

年 月 日

会員氏名

会員番号

(宛名ラベル下の数字)

私儀、都合により退会致したく、その旨届け出ます。

連絡先 〒 -

TEL

FAX

E-Mail

※退会する際は必ず当年度会費を納入して下さい。

※当会事業年度は毎年4月1日より3月31日までとなっておりますので、
退会届が提出された年の3月31日まで会員資格を失うものではありません。

※退会届は2月末日までに下記へ郵送またはFAXにてご提出ください。

退会届を受理しましてから10日以内にメールまたはFAXにてご連絡しております。

連絡がない場合は、こちらに退会届が届いていない可能性がありますので、

再度ご連絡下さいますようお願い申し上げます。

退会届提出先

〒173-8610

東京都板橋区大谷口上町 30-1 日本大学医学部整形外科学系 整形外科学分野内
東日本整形災害外科学会 事務局

TEL 03-5995-9118 FAX 03-5995-9119

E-mail : hnseisai@muse.ocn.ne.jp

事務局使用欄

受付日

処理