

# 退 会 届

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

日本救急医学会 御中

下記の者は、貴学会を退会いたしますので、退会届を提出いたします。

|        |      |       |       |
|--------|------|-------|-------|
| 会員番号   |      |       |       |
| (ふりがな) | 生年月日 | 西暦    | 年 月 日 |
| 会員名    | 性 別  | 男 ・ 女 |       |
| E-mail |      |       |       |

|      |  |
|------|--|
| 退会日  | <input type="checkbox"/> 今年度末(12月31日付)にて退会 ・ <input type="checkbox"/> 即日退会<br>※当会の事業年度は1月1日～12月31日です<br><br>( <input type="checkbox"/> がない場合や、会費未納の場合は即日退会となります) |
| 退会理由 | 1. 一身上の都合により<br>2. 死 亡( _____年 ____月 ____日ご逝去)<br>3. その他( _____ )  |

|             |                     |
|-------------|---------------------|
| 勤 務 先       | 施設名                 |
|             | 科 名                 |
|             | 職 名                 |
|             | 〒 _____             |
|             | TEL _____ FAX _____ |
| 自 宅         | 〒 _____             |
|             | TEL _____ FAX _____ |
| 代理提出者<br>氏名 |                     |

●勤務先・自宅のどちらかを連絡先としてご記入のうえ、郵送またはFAXでお送り下さい。

郵送先：日本救急医学会 事務所

〒113-0033

東京都文京区本郷3-3-12 ケイビルディング 3階

**FAX 送信先 : 03-5840-9876**