

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 ※当会の事業年度は1月1日～12月31日です (<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 2. 死 亡(_____年 ____月 ____日ご逝去) 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 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