

正会員 ・ 一般会員 退会届

(医師)

(医師以外)

記入年月日	年 月 日
記 入 者	本人 ・ その他（担当者名： ）
<p>記入者がその他の場合、必ずご本人様の退会の意志を確認してください。</p> <p>ご本人様の確認が取れていますか？ 必ずいずれかに○印をつけてください。</p> <p style="text-align: center;">はい ・ いいえ</p>	

※ 会員番号・氏名は、必ず記入して下さい。

※会員番号	
※氏 名	
本学会認定資格	1. 人間ドック健診専門医(認定番号) 2. 総合健診指導士(認定番号) 3. 総合健診業務管理士(認定番号)
退 会 希 望 日	年 月 日 ※本学会の事業年度は、 12月1日～11月30日です。
退 会 理 由	

●退会届受領書・送付先

宛 先	1. 勤務先(本人宛) 2. 勤務先(担当者宛) 3. 自宅(本人宛) 4. その他(下記具体的にご記入下さい) (1～4のいずれかに○印をつけて下さい)		
送 付 先	勤務先名		
	部署名または職名		
	氏 名		
	郵便番号	-	
	都道府県		
	住 所		
	Eメールアドレス	※退会届には個人情報が含まれますので送付先アドレスにご注意ください。 “0”と“o”、“1”と“l”、“2”と“z”、“-”と“_”などの区別がつくよう階書体ではっきりとご記入ください。 @	
	電話番号		
FAX 番号			

※定款 施行細則 2-3 に従い、
年会費未納の場合は、完納の上、ご退会下さいますようお願いいたします。

送付先：日本総合健診医学会 事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 1丁目31-10

セシア千駄ヶ谷ビル2階

TEL:03-5413-4400 FAX:03-5413-0016

※お預かりした個人情報は、当学会の個人情報取扱規定で定められている利用目的以外では使用いたしません。