賛助会員（事業維持会員）退会届

※　会員番号は、必ず記入して下さい。

会員番号	
ふりがな	
施設名	
郵便番号	
都道府県	
住所	
電話	
FAX	
担当者 所属部署	
担当者役職	
担当者名	

※　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。

退会理由：

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。