

施設会員 退会届

記入年月日	年 月 日	
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。
記入者	(所属部署名または職名)	
	(氏名)	
退会について、施設長の確認は取れていますか？		はい ・ いいえ

※ 施設会員番号・施設名は必ずご記入ください。

※施設会員番号	
※施設名	
施設長役職	
施設長名	
退会理由	

●退会届受領書・送付先（原則として郵送となりますが、念のためFAX番号もご記入下さい）

宛 先	(施設名)	
	(部署名または職名)	(担当者名)
郵便番号	-	
都道府県		
住 所		
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。