

【FAX:03-5427-5566/Email:member@jsgs.or.jp】

一般社団法人 日本消化器外科学会 退会届

日本消化器外科学会理事長宛

届出日	
氏名 (自著署名又は記名押印)	① ※電子印鑑(図形作成)は不可
会員番号又は生年月日	
所属機関名	
ご連絡先 Email アドレス	
退会理由 ※該当に○をしてください	A: 転科・開業・退職等, 消化器外科に従事しないため B: 定年退職・引退のため C: その他 ( )
退会希望日	指定がなければ届出日とします。指定がありましたらご記入ください。 (過去日を指定いただくことはできません) [ 年 月 日 ]

※記入者がご本人でない場合には、記入者氏名ならびに連絡先を記入してください

記入者氏名 (自著署名又は記名押印)	① ※電子印鑑(図形作成)は不可
ご連絡先 Email アドレス	
ご本人との関係	

その他連絡事項	
---------	--

※事務処理上、電話での受付はしていませんのでご了承ください。

※未納の年会費がございます場合はお納めくださいますようお願いいたします。