

日本血栓止血学会
退会届

年 月 日

日本血栓止血学会事務局 殿

退会を希望いたします。

氏名 印

会員番号				退会希望	年 月 日		
フリガナ 氏 名				性別		生年月日(西暦) 年 月 日	
勤務機関	名 称						
	所 属						
	所 在 地	〒					
	電 話 番 号			FAX番号			
	E-mail						
自 宅	住 所	〒					
	電 話 番 号			FAX番号			
連 絡 先	□勤務先・□自宅 (いずれかに○を付けてください)						
事務局 使用欄	会費納入状況 □完納 ・ □ 年度以降未納					受付印	
	退会処理日						