一般社団法人 日本臨床耳鼻咽喉科医会　退会届

● 退会届を事務局までお送りください。退会理由をお知らせください。

１．閉院のため退会します

２．本人死亡のため退会します

３．その他

＊日付の記入は西暦でお願いします

医会より送付します

申込年月日　　年　　月　　日

1	フリガナ	退会理由	１　２　３	所属地方部会	
		その他理由			日耳鼻会員No
2	フリガナ	退会理由	１　２　３	所属地方部会	
		その他理由			日耳鼻会員No
3	フリガナ	退会理由	１　２　３	所属地方部会	
		その他理由			日耳鼻会員No
4	フリガナ	退会理由	１　２　３	所属地方部会	
		その他理由			日耳鼻会員No
5	フリガナ	退会理由	１　２　３	所属地方部会	
		その他理由			日耳鼻会員No

一般社団法人 日本臨床耳鼻咽喉科医会　　（医会印省略）	受付日	年　　月　　日

事務局連絡先
一般社団法人 日本臨床耳鼻咽喉科医会
〒108-0074 東京都港区高輪3-25-22
TEL: 03-3443-3200 FAX: 03-3443-3201
E-mail : office@jibikaikai.or.jp