

個人会員退会届

| | | | |
|--|----|---|-------------|
| 記入年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 記入者 | 本人 | ・ | その他（担当者名： ） |
| <p>記入者がその他の場合、必ずご本人様の退会の意志を確認してください。 ご本人様の確認が取れていますか？ 必ずいずれかに○印をつけてください。 はい ・ いいえ</p> | | | |

※ 会員番号・氏名は、必ず記入して下さい。

| | | | |
|-------|---------------------------|---|---|
| ※会員番号 | | | |
| ※氏名 | | | |
| 勤務先 | | | |
| 退会希望日 | 年 | 月 | 日 |
| | ※本学会の事業年度は、10月1日～9月30日です。 | | |
| 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 | | 1. 勤務先（本人宛） 2. 勤務先（担当者宛） 3. 自宅（本人宛） 4. その他（下記具体的にご記入下さい） (1～4のいずれかに○印をつけて下さい) |
| 送 付 先 | 勤務先名 | ※送付先が「自宅」の場合は、 記入不要です。 |
| | 部署名または職名 | |
| | 氏名 | ※本人名、または担当者名 |
| | 郵便番号 | - |
| | 都道府県 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| FAX番号 | | |

※ 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。

※ 事業年度は、10月1日～9月30日です。

送付先： I H E P A 国際健診学会第三地域 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
 一般社団法人日本総合健診医学会 事務局内
 TEL: 03-5413-4400 FAX: 03-5413-0016