

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