

# 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	
フリカナ氏名			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	<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 完納 ・ <input type="checkbox"/> 年度以降未納 退会処理日					受付印		