

退 会 届

フリガナ		会員 No
氏 名		
生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日	
自 宅 住 所	〒 ☎	
勤 務 先 住 所	〒 ☎	
勤 務 先 名		
退 会 理 由	1. 廃業 2. 死亡(令和 年 月 日) 3. その他 { }	
退 会 日	令和 年 月 日	
退 会 の 内 容	<input type="checkbox"/> 日本眼科学会 <input type="checkbox"/> 専門医制度委員会 該当するものを□内に✓印を付けて下さい。	

送付先は次のとおりです。 〒 101-8346 東京都千代田区神田猿楽町 2 丁目 4 番 11-402 号
公益財団法人 日本眼科学会

令和 年 月 日

署名 _____ 印