

平成 年 月 日

日本眼科医連盟 退会届

都道府県眼科医会名： _____

氏名： _____ (印)

日本眼科医会 会員番号： _____

(連絡先)

住所 〒 _____

電 話 _____

E-mail _____

退会理由 (廃業、死亡、その他； _____)

上記のとおり、退会の届け出をいたします。

ご注意)

連盟の会計年度は1月から12月ですが、途中退会の場合でも会費の返金は出来かねますので、御承知おきください。