

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。

事務局 FAX 番号 : 03-6712-9653