

## 退 会 届

日本皮膚科学会福岡地方会 会長 殿

私は、以下の通り本会を退会することを届け出ます。

記入日	年 月 日
氏名	
連絡先住所	〒
メールアドレス	
電話番号	
会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 準会員 <input type="checkbox"/> ( )
退会日	<input type="checkbox"/> 本年度末(3月31日)退会 <input type="checkbox"/> 受付即日退会 ※年会費に未納分がある場合には退会手続きができませんので 事務局からお知らせする方法で納入をお願いいたします。
退会理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 退職・廃業 <input type="checkbox"/> 一身上 <input type="checkbox"/> 逝去※
通信欄	

○代理人によるお届けの場合、代理人氏名をご記入ください。

代理人氏名：

※会員がご逝去された場合、「物故会員」への登録をお願いしています。

物故会員登録： 希望する 希望しない

送付先：日本皮膚科学会福岡地方会事務局

EメールまたはFAXで送付してください。日皮会事務局とは異なります。

Eメール：jda-fukuoka@zenith-j.co.jp FAX：092-406-2467