

## 休 会 届

区分	<input type="checkbox"/> 留学	<input type="checkbox"/> 同伴	<input type="checkbox"/> 就業	<input type="checkbox"/> その他 ( )
会員番号 :		フリガナ 氏 名 :		
期間 :	年	月	日 ~	年 月 日 ( 年間)
				* 帰国日未定の場合は、未定と記載ください
国内連絡先 〒		様方	電話番号 :	— —
通信欄				

送付先 : 〒162-0843 東京都新宿区市谷田町 3-17 双葉ビル 4 階 一般社団法人 日本臨床皮膚科医会  
FAX 03-3221-0756 E-mail: jocd@ace.ocn.ne.jp