

退会届

年 月 日

会員番号： _____ 氏名： フリガナ	
連絡先 住所：〒 _____ 電話番号： _____ FAX 番号： _____ E-mail： _____ ※代理人によるお届けの場合 代理人氏名： _____ (続柄： _____)	
退会日	※本会の事業年度は4月～3月となります 1. 年度末退会 2. 即日退会 (_____ 年 _____ 月 _____ 日退会)
退会理由	
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