**退会届**

本紙に記入のうえ、**ファクス**、または**郵便**にて下記あてにお送りください。

**Fax：　　 （03）3235-7647**

**郵送：　 〒112-0014**

**東京都文京区関口１-19-２ 　第２弥助ビル３階**

**一般社団法人日本消化器がん検診学会**

**退会係あて**

届出日： 　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **会員NO.** |  | **男**  **・　女** | **職　　種** |
| **ふりがな** |  | 1 . **医師**  2 . **医師以外** |
| **氏　名** |  |

日本消化器がん検診学会理事長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a. 本年度末  **（会計年度**4 / 1 **～ 翌**3 /31**）** | | をもって退会します。 |
| b. 　　　　年　　　月　　　日 | |
| 退会事由 |  | |

（a.、b,　どちらかに丸を付けてください）

（当該年会費支払い済の場合は、年度末にての退会といたします）

**個人情報は本学会業務以外の目的で利用することは一切ありません。**

**一般社団法人日本消化器がん検診学会**