**FAX送信状**

日本婦人科腫瘍学会事務局　行き

## FAX：03-5275-1192

**日本婦人科腫瘍学会退会連絡用紙**

**年　　　　月　　　　日付にて退会致します。**

ご記入日：　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな | 会員番号 | GO |
| 氏名 | 生年月日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ご連絡先メールアドレス |  |
| 勤務先 | 名称/ |
| 住所（〒　　　 ―　　　　 　） |
| 電話番号 |
| ご自宅 | 住所（〒　　　 ―　　　　 　） |
| 電話番号 | FAX番号 |
| 年会費未納今年度まで | 　　　　　　　　　　　　あり　　　　　　　　　　　　　　なし　（ありの方：　　　月　　　日までに納入します） |
| 退会理由 | （差支えのない範囲でご記入ください） |
| 下記にあてはまる方は○で囲ってください。　婦人科腫瘍専門医　　　　 |

※ＦＡＸまたは郵送にて日本婦人科腫瘍学会事務局までお送りください（メール添付も可）。