

平成 年 月 日

退会届

日本医療保育学会事務局 担当様

退会を希望しますので、受理いただけますようお願いいたします。

会員氏名 (会員番号) _____ (会員番号 _____)

連絡先 (住所・電話番号・メールアドレス)

所属機関 (勤務先) _____

退会理由

退会日 平成 年 3月末日

本年度までの会費を納金し、次年度より退会いたします。

日本医療保育学会 事務局

〒329-0498

栃木県下野市薬師寺 3311-1

自治医科大学とちぎこども医療センター内

日本医療保育学会事務局

中村崇江 宛て

郵送でお送りくださるようお願いいたします。