

平成 年 月 日

退会届

東邦大学医学会 御中

貴会を平成 年 月 日付で退会いたします。

(ふりがな)

氏 名: _____

所 属: _____

役 職: _____

下記該当会員に○印をお願い致します。

A 会員: 東邦大学に勤務する職位シニアレジデント以上の者。 会費 7,000 円

B 会員: 東邦大学に勤務する職位レジデント以下の者。 会費 6,000 円

C 会員: 東邦大学に勤務していない者。 会費 7,000 円

<お問い合わせ・申込み先>

東邦大学医学会事務局

〒143-8540 東京都大田区大森西 5-21-16

東邦大学医学医学部本館 3 階

Tel:03-3762-4151(内線 2465) Fax:03-3762-5077

e-mail: igakukai@med.toho-u.ac.jp