

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シニア・レジデント, レジデント, 専攻生, 准修練医及び教員で,
常勤, 非常勤を問わない(会費 7, 000 円)

B 会員: 東邦大学に勤務する研修医ならびにA会員以外の者, 東邦大学大学院生及び学部生 (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)

(東邦大学医学会 会員及び会費等細則第2条 から)

ご記入欄(補足事項等がありましたらご記入下さい):

<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

東邦大学医学メディアセンター内

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

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