

令和 年 月 日

退会届

東邦大学医学会 御中

貴会を令和 年 月 日付で退会いたします。

退会理由

(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院内助教, 助教(任期), 専攻生, 准修練医及び教員で, 常勤,
非常勤を問わない
- 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
- C 会員： 東邦大学に勤務していない者

<お問い合わせ・お申込み先>

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 2 号館 M1 階 医学メディアセンター内

Tel:03-3762-4151(内線 2465) Fax:03-37641642

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