

FAX 一般社団法人 日本感染症学会 会員管理担当行

退会届

年 月 日 で感染症学会退会を希望します。

退会理由

--	--

会員番号		
氏 名		
生年月日	19	年 月 日
連絡先	住所	〒
	名称	
	部署	
	TEL	
	FAX	
	E-mail	

※同様の内容をメール (kaiinkanri@kansensho.or.jp) でお送りいただいても結構です
※該当年度の会費を未納入の場合は、ご入金くださいますようお願い申し上げます。