

日本肝胆膵外科学会退会届

申込日 年 月 日

会 員 番 号	522 — —
フリガナ	
氏 名	
所 属 機 関 名	
退会希望日	年 月 日
退会理由	
【 連絡事項 】	

※記入者が会員本人でない場合には記入者氏名および連絡先をご記入ください。

記入者氏名（所属） : _____ (_____)

連絡先（TEL もしくは E-mail） : _____

退会届はご記入後、事務局まで郵送、FAX もしくは E-mail にてお送りください。
なお、会員が逝去された場合は、逝去された日付も退会理由欄にご記入くださいますようお願いいたします。

日本肝胆膵外科学会 事務局

〒162-0065 東京都新宿区住吉町 1-15 四ツ谷 TT ビル 3F

TEL : 03-6380-4341 FAX 03-3356-4381 Email: info@jshbps.jp