

日本眼腫瘍学会退会届

必要事項をご記入の上、FAX : 03-6801-6091 宛てにご送信ください。

フリガナ		会員 NO.
氏名		
住所	□□□ □□□□	
勤務先 または自宅		Tel: Fax:
退会理由		
退会年度	西暦 _____ 年 / _____ 年度より退会	
退会届日	年 月 日	

ご署名 : _____ ㊞

連絡先 : 日本眼腫瘍学会事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷 4-1-5 石渡ビル 5F

株式会社アクセライト

TEL 03-6801-6796 / FAX 03-6801-6091

E-mail office@jsoo.jp