

へき地・離島救急医療学会

《退会届》

令和 年 月 日

へき地・離島救急医療学会 御中

都合により、御学会を退会させていただきます。

会員番号 (○をつけて下さい)	正会員・賛助会員・施設会員 #
氏名	
勤務先	
勤務先住所	〒
TEL	
退会理由	

※記入欄は全て必須

【申込先】

へき地・離島救急医療学会 事務局

事務 富永

Mail : 611-emraii@mail.hosp.go.jp

FAX : 0957-52-8229