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