

# 退 会 届

年 月 日

日本脳神経外傷学会 御中

貴学会を退会いたしますので、退会届を提出いたします。

氏 名	(ふりがな) 氏名 E-mail
退会理由	1.一身上の都合により 2.死亡 3.その他 ( )
勤務先	施設名 科 名 職 名 〒 TEL FAX
自 宅	〒 TEL FAX

※勤務先・自宅のどちらかを連絡先としてご記入のうえ郵送またはFAXでお送り下さい。

郵送先：日本脳神経外傷学会事務局  
〒162-0052 東京都新宿区戸山 1-1-5 エールプラザ戸山台 105  
(株)マイライフ社内

FAX送信先 : 03 - 5291 - 9003