

退会届

FAX : 03-5800-0787

E-MAIL : sonota@jsdt.or.jp

_____ 年 月 日をもって、日本透析医学会を退会いたします

_____ 年 月 日 届

会員番号 : _____

氏名 : _____

生年月日 : _____ 年 月 日

所属 : _____

E-MAIL : _____

退会理由 : _____