

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 : _____

施設名 : _____

記入者 : _____

E-MAIL : _____

退会理由 : _____