

FAX

送付先: 日本臨床細胞学会事務局 発信元:
FAX 番号: 03-5577-4683 送付枚数: 枚
電話番号: 03-5577-4680 日付: 年 月 日
件名: 退会届

退 会 届

日本臨床細胞学会を下記の日をもって退会致します。
尚、取得資格につきましては更新を辞退致します。

退会希望日	年 月 日
氏 名	
会員番号 (数字8桁)	
資格番号 (数字4桁)	
連絡先住所 (自宅・勤務先) <small>※勤務先の場合は勤務先名も記載願います</small>	〒 ー
メールアドレス	

※退会完了のご案内をお送りする場合がございますのでメールアドレスをご記載願います。

※退会申請時に会費の滞納分がある場合は、滞納会費納入確認後の退会処理となります。
滞納会費があるままでは処理出来ませんので、その旨ご了承ください。