

# 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  
日付：                      年                      月                      日  
件名： 退会届

## 退 会 届

※ご注意※

日本臨床細胞学会と地域連携組織は別団体ですので、地域連携組織の退会は個々にご連絡ください。

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。