

法人会員退会届

年 月 日

社名		会員番号	
住所	〒 - TEL () - FAX () -		
代表者名			
担当者所属部局	年 月 日		
担当者連絡先	〒 - TEL () - FAX () -		
担当者メールアドレス	@		
退会日	年 月 日		

上記ご記入の上、E-mail:secganka@yokohama-cu.ac.jpでお送りください。

日本ペーチェット病学会事務局

横浜市立大学医学部眼科学教室内

〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3-9

TEL:045-787-2683 FAX:045-781-9755

E-mail:secganka@yokohama-cu.ac.jp