

退 会 届

年 月 日

フリガナ		会員番号
氏 名		
勤務先名		
勤務先住所	〒 - TEL () - FAX () -	
自宅住所	〒 - TEL () - FAX () -	
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。

日本ベ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