

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