

## 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