一般社団法人 日本消化器がん検診学会　退会届

本紙にご記入のうえ、**メール・ファックス**または**郵送**で下記宛にお送りください。

E -mail: info@jsgcs.or.jp　/　FAX：03-3235-7647

郵送：〒112−0014 東京都文京区関口1-19-2 第2弥助ビル３階

　　　　 一般社団法人日本消化器がん検診学会　退会係宛

日本消化器がん検診学会　理事長　殿

届出日： 　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 会員番号 |  | 生年月日（西暦） |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 職　　種 | 1.医師　　　　　　　2.医師以外 |
| 退会理由※該当に○をしてください | 1：定年退職・引退のため2：検診に従事しなくなったため3：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 退会日 | 指定がなければ退会日は届出日とします。指定がございましたらご記入ください。【　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日　】 |

※事務処理上、電話での受付はしておりませんのでご了承ください。

個人情報は本学会業務以外の目的で利用することは一切ありません

**一般社団法人日本消化器がん検診学会**