

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)
職 種	年 月 日
退会理由 ※該当に○をしてください	1.医師 2.医師以外
	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