

日本病院・地域精神医学会

退会届

年 月 日

私は、日本病院地域精神医学会を 年度をもって退会します。

事由：

フリガナ		
氏名		職種等
連絡先	〒	TEL
	E-mail :	FAX
本学会へのご意見、ご感想をご記入ください。		

- \* 退会日が4月末日を超えますと、その年度の会員となります。早めにご連絡ください。
- \* 会費の滞納がある場合は清算をお願いします。