申請日　　　年　　月　　日

**休 会 届**

海外留学、病気療養、出産・育児等の事由により休会をお申し出の際は

下記ご記入の上、下記送付先にご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 所　　属 |  |
| E-mail |  |
| Tel/Fax | Tel/　　　　　　　　　　　　　　　Fax/ |
| 休会期間  ※休会期間は最長で2年です | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日　　～　　　　　年　　　　月　　　　日  までの予定 |
| 休会理由 |  |

留学等で日本の連絡先等お知らせしたい場合などは、下記備考欄にお書きください

|  |
| --- |
| 備考欄 |

【送付先】〒160-0016 東京都新宿区信濃町35 信濃町煉瓦館 (一財)国際医学情報センター内

一般社団法人 日本炎症・再生医学会事務局

FAX：03-5361-7091　E-mail： jsir@imic.or.jp