申請日　　　年　　月　　日

**退 会 届**

ご記入の上、下記送付先までご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 所　　属 |  |
| E-mail |  |
| Tel/Fax | Tel/　　　　　　　　　　　　　　　Fax/ |
| 退会希望日 | ※いずれかにレ点を付ける  □　申請日　　　　□　　今年度末（4月30日） |
| 退会理由 |  |

※未納の年会費がある場合は、申請を提出すると同時にできるだけ早くお納めください。

【会費振込先】

　三井住友銀行　麹町支店（普通）

　口座番号： 9319684

　口座名義： 一般社団法人 日本炎症・再生医学会

【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