

平成 年 月 日

退 会 届

公益社団法人日本リハビリテーション医学会
理事長 殿

氏名 印

小生貴学会を下記の理由により退会いたしたくお届けいたします。

会員番号						生年月日	西暦	年	月	日	
フリガナ											
氏名									男・女		
自宅住所 (都道府県名より記入のこと)	〒										
	TEL	—	—	FAX	—	—					
勤務先	名称 (正式名称で記入のこと)	科									
	所在 (都道府県名より記入のこと)	〒									
	TEL	—	—	FAX	—	—					
通信欄											

※太線枠内をご記入下さい

※留意事項：本退会届を提出したことに伴い、定款第11条の規定により、本医学会で取得した各種認定資格が全て喪失します。また、再入会する場合、退会前に取得した資格は継続されませんのでご注意ください。