

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<br>(都道府県名より記入のこと) | 〒                    |   |   |     |   |      |    |   |     |   |  |
|                        | TEL                  | — | — | FAX | — | —    |    |   |     |   |  |
| 勤務先                    | 名称<br>(正式名称で記入のこと)   | 科 |   |     |   |      |    |   |     |   |  |
|                        | 所在<br>(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。