

退会届

受領印

退会届作成日 ※	年	月	日
会員番号 ※			
氏名 (漢字) ※			
氏名 (フリガナ) ※			
生年月日 (西暦) ※	年	月	日
メールアドレス ※			
自宅住所 or 勤務先住所 ※	〒		
連絡先電話番号 ※			
連絡先 FAX			

■ご退会について確認事項 ※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ある場合は全て喪失します。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了承ください。

退会理由 ※	
--------	--

■当医学会取得資格喪失について確認事項

日本リハビリテーション医学会「認定臨床医・リハビリテーション科専門医・指導医」および日本専門医機構「リハビリテーション科専門医」資格をお持ちの会員様は退会されますと資格が喪失となります。

■会員カードについて確認事項 ※ご退会に伴い返却が必要となります。ご紛失された場合は、下記へその旨ご記載ください。

会員カード ※	
---------	---

会員カード返却先

〒101-0047 東京都千代田区内神田 1-18-12 内神田東誠ビル 2 階 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 事務局あて

■退会日のご選択について

ご退会される年度の年会費未納がない場合は、退会届受領日もしくはその年度の年度末 (3 月 31 日) のどちらかをご選択可能です。年度末退会を希望される場合はその旨記載ください。未納がある場合、選択権はございません。受領即日にて手続きいたします。特に記載がない場合は即日退会とします。

--

■通信欄 ※連絡事項がございます場合にはこちらへ記載してください

--

退会届はメール添付もしくは FAX、郵送にてお送りください。※はすべてご記入ください。

当医学会の年度は毎年 4 月 1 日より翌年 3 月 31 日付の処理となります。

尚、退会届到着のタイミングによりすでに発送手配が完了している郵送物は後日発送されてしまう場合がございます。ご不要な場合は受取拒否等をお願いいたします。

【FAX:03-5280-9701】 or 【office@jarm.or.jp】