

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 _____

学会を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	〒 _____				
	TEL	-	-	FAX	- -
勤務先名称					
勤務先住所	〒 _____				
	TEL	-	-	FAX	- -
<input type="checkbox"/>	確認事項：資格をお持ちの方記入必須です 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）の資格をお持ちの方は退会と同時に資格が喪失となります。終身も同様です。以上、ご了承の上、ご退会を希望される場合は←（左側の口に✓を入れてください）				
ご退会理由					
※当年度会費をお支払の場合は下記を必ずご選択ください。 当年度とは4/1からカウントされる新しい年度の年会費のことです。4/1以降分で 未納分がある場合には自動的に即時退会となりますので下記ご選択はしないでください 未納分がある場合は自動的に事務局受領し、手続する日付にて即日退会となります					
<input type="checkbox"/>	今年度、年会費納入していますが即時退会を希望します （当年度支払済でも即時退会を希望される場合）				
<input type="checkbox"/>	年度末退会を希望します（翌年3月31日付）当年度年会費払込の方のみ				

※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。

2019年度より年会費納付済の会員様へ会員カード（青色）を発送しております。退会に伴いまして会員カードの返却が必要となります。学会事務局までご返却ください。ご紛失の場合は通信欄へ「会員カード紛失」と記載してください。

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

通信欄

※太枠内はすべてご記入ください。
当学会の年度は毎年4月1日より翌年3月31日付の処理となります。
年度末退会は当年度年会費納入者は学会誌等の郵送物も3月号分まで発送となります。
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】 までお送りください