日本精神神経学会　退会届

届出日　　　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 会員番号 | ※郵送物の宛名の右下に表示してある5桁のNo.です。 |
| 現住所 | 〒 |
| 理由 | ※ご逝去の場合は、逝去された日もお知らせ下さい。 |
| 退会希望日 | どちらかに✓をお願いいたします。  □　本日付で退会を希望  （学会誌 他 発送物をすぐに停止。手続の都合上、退会後、約1ヶ月  程度は発送物が届く場合がございます。ご了承下さい）  □　本年度末3月31日付で退会を希望  （学会誌 他 発送物を年度末まで希望） |
| 専門医・指導医資格喪失について  現在、専門医の先生のみ  ご記入下さい。 | 会員でなくなりますと専門医及び指導医資格も喪失となります。  ご了承の上、✓をお願いいたします。  □　ご了承済み |
| 記入者  会員本人の記載でない場合のみ  ご記入下さい。 | 氏名  （続柄）  住所 〒  電話番号 |