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 |