

# 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	
退会希望日	<p>どちらかに✓をお願いいたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 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、退会后、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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p>
<p>精神科専門研修について</p> <p>〔 現在、専門研修中の先生のみ 〕</p> <p>ご記入下さい。</p>	<p><u>研修の一時中断の場合は、退会しないでください。</u></p> <p>会員でなくなりますと精神科専門研修は継続できません。また、別途、精神科専門研修プログラム専攻取下げ手続きが必要です(学会HPの案内参照)。ご了承の上、✓をお願いいたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 専門研修が継続できなくなるについてご了承済み</p> <p><input type="checkbox"/> 専門研修プログラム専攻取下げの手続き済み</p>
<p>専門医資格喪失について</p> <p>〔 現在、専門医の先生のみ 〕</p> <p>ご記入下さい。</p>	<p>会員でなくなりますと専門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。</p> <p><input type="checkbox"/> ご了承済み</p>
<p style="text-align: center;">記入者</p> <p>〔 会員本人の記載でない場合のみ 〕</p> <p>ご記入下さい。</p>	<p>氏名</p> <p style="text-align: right;">(続柄)</p> <p>住所 〒</p> <p>電話番号</p>