退　会　届

日本形成外科手術手技学会　理事長　殿

提出日：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 会員番号 | ※不明の場合は空欄でご提出ください |
| 所属 |  |
| 退会年月 | ※記載がない場合、提出日が退会日となります |
| 退会理由 |  |

上記の退会届にご記入のうえ、事務局宛に**メールにて**お送りください。

**＜　送信先　＞**

日本形成外科手術手技学会　事務局

E-mail： jsitps@shunkosha.com