

# 日本内視鏡外科学会

## 退会届

申請日： 年 月 日

会員番号	5 4 0 - -		
フリガナ			
ご氏名			
ご所属			
連絡先	住所	〒	
	TEL/FAX	TEL :	FAX :
	E-mail		
退会日	指定がなければ、届出日とします。指定がありましたら、ご記入ください（過去日を指定いただくことはできません）。 [ 年 月 日 ]		
通信欄			

※ 退会にあたり未納の年会費があります場合は、上記住所へ請求書をお送りいたしますので、お納め願います。なお、本学会の会計年度は10月1日～9月30日となります。

(例：2016年度会計期間は、2015年10月1日～2016年9月30日となります。)

※ 退会届を受領後1ヶ月以内に、受領のご連絡をいたします。連絡が届かない場合は、事務局 (TEL : 03-3503-5917) へお問合せください。

**[送付先] E-mail: [info-jses@convention.co.jp](mailto:info-jses@convention.co.jp) または FAX:03-3508-1257**