

FAX 送信状

日本婦人科腫瘍学会事務局 行き

FAX: 03-5275-1192

日本婦人科腫瘍学会退会連絡用紙

年 月 日付にて退会致します。

ご記入日: 年 月 日

ふりがな	会員番号	GO
氏名	生年月日	西暦 年 月 日
ご連絡先 メールアドレス		
勤務先	名称/	
	住所(〒 —)	
	電話番号	
ご自宅	住所(〒 —)	
	電話番号	FAX 番号
	年会費未納 今年度まで	
退会理由	あり なし (ありの方: 月 日までに納入します) (差支えのない範囲でご記入ください)	
下記にあてはまる方は○で囲ってください。 婦人科腫瘍専門医		

※FAXまたは郵送にて日本婦人科腫瘍学会事務局までお送りください(メール添付も可)。

日本婦人科腫瘍学会

〒102-0083

東京都千代田区麹町 4-7 麹町パークサイドビル 402

電話 03-3288-1033 FAX03-5275-1192

Mail: gyne-oncol@jsgo.or.jp