**【送付先】北海道内視鏡外科研究会事務局(FAX：011-706-** **5161)**

北海道内視鏡外科研究会

退　会　届

申請日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| ご氏名 |  |
| 連絡先 | 住所（施設名） | 〒 |
| 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、本研究会の会計年度は1月1日～12月31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：011-706-6009）へお問合せ下さい。