

(様式2)

下記に必要事項をご記入の上、学会事務局にご提出ください。

## 退 会 届

貴学会を退会したく、下記の通り連絡いたします。

ふりがな		会員番号 (住所ラベルに記載)
氏名		
所属		
連絡先	〒	
<input type="checkbox"/> 自宅		
<input type="checkbox"/> 勤務先	Tel:	Fax:
退会理由		
退会日	平成 年 月 日	

送付先は次のとおりです。

**日本網膜硝子体学会事務局補佐**

〒530-0001 大阪市北区梅田 3-3-10 梅田ダイビル 4F

株式会社 JTB コミュニケーションズ コンベンション事業局内

TEL:06-6348-1391 FAX:06-6456-4105

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_ 印