

年 月 日

一般社団法人日本在宅医療連合学会  
代表理事 殿

## 一般社団法人日本在宅医療連合学会 退会届

私は、以下の期日をもって退会させていただきたく、ここにお届けいたします。

氏名 \_\_\_\_\_

会員種別 「正会員」「有資格大学院生会員」「学部学生・初期研修医会員」「賛助会員」  
(該当するものを○で囲んでください)

会員番号 \_\_\_\_\_

退会年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

連絡先

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

Email： \_\_\_\_\_

通信欄