

年 月 日

退 会 届

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
理事長 殿

氏名 _____ 印 _____

小生貴学会を退会いたしたくお届けいたします。

会員番号		生年月日	西暦	年	月	日
フリガナ						
氏名						男 ・ 女
自宅住所	〒 _____					
	TEL	-	-	FAX	-	-
勤務先名称						
勤務先住所	〒 _____					
	TEL	-	-	FAX	-	-
※当年度会費をお支払の場合は下記を必ずご選択ください。						
<input type="checkbox"/>	即時退会を希望します（書類事務局到着日）					
<input type="checkbox"/>	年度末退会を希望します（3月31日付）					

※留意事項：本退会届を提出したことに伴い、定款第11条の規定により、本医学会で取得した各種認定資格がある場合は全て喪失します。また、再入会する場合、退会前に取得した資格は継続されませんのでご了承ください。

通信欄

※太枠内はすべてご記入ください。
当学会の年度は毎年4月1日より翌年3月31日付の処理となります。
年度末退会は当年度年会費納入者は学会誌等の郵送物も3月号分まで発送となります。
尚、退会届到着のタイミングによりすでに発送手配が完了している郵送物は後日発送されてしまう場合がございます。ご不要な場合は受取拒否等をお願いいたします。

【FAX:03-5280-9701】 or 【office@jarm.or.jp】 までお送りください