送付先：E-mail：jsnhd@jsnhd.or.jp　,FAX：06-6398-5617

　　年 　　月 　　日

**退会届**

公益社団法人 日本新生児成育医学会理事長殿

氏　　名　　　　　　　　　　　　印。

会員番号　　　　　　　　　　　　　。

公益社団法人日本新生児成育医学会を退会いたしたく、「定款施行細則」 第7条 「退会手続き」に従い、届け出をいたしますので、よろしくお取り計らいの程お願いいたします。

1　退会年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

（会計〆が9月のため、年度末退会を希望される場合は9月30日とご記載ください。）

2　退会理由

|  |
| --- |
|  |
|  |

3　連絡先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属先名または自宅住所 | |  |
| 連　絡　先  　（右のいずれかを必ずご記入願います） | E-mail |  |
| FAX |  |
| TEL |  |