**退　　会　　届**

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏　　名 |  | 所属医局 | 大学　　　　　科 |
|  |
| 住  　所 | 〒 | | |
| 1. 勤務先（　名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   ２．自　宅 | | |
| 退  　　会    　　理  　　由 |  | | |

【送付先】　東北整形災害外科学会事務局

FAX : 022-717-7248

E-mail : tohoku\_seisai@ortho.med.tohoku.ac.jp