

退 会 届

年 月 日

(フリガナ) 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