大腸癌研究会 退会届

申請日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 科名 |  |
| 施設代表者名 | ※研究会に登録している、当該施設における大腸癌の研究代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 退会理由 |  |
| 連絡先 | 住所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

* 退会にあたり未納の年会費がある場合は、上記住所へ請求書を送りますので、お納め願い

ます。なお、本学会の会計年度は12月1日～11月31日となります。

（例： 2017年度会計期間は、2016年12月1日～2017年11月31日となります。）

* 退会届は、年２回の研究会時に開催されます世話人会での承認後、受理されます。

予め、ご了承くださいますようお願い申し上げます。

**[送付先] E-mail：****jsccr@secretariat.ne.jp** **または FAX：03-3263-8687**