

東京都女性歯科医師の会 宛

【FAX: 03-3720-4366】

=====

退 会 届

平成 年 月 日

氏名

(出身校)

○E-mail:

○日中の連絡先電話番号:

○差し支えなければ、退会理由をご記入ください。(任意)

--

退会日につき、該当に○をお願いします

	FAX 到着日をもって
	右記指定日をもって → 【 年 月 日 】

~~~~~

※後日事務局より確認の連絡をさせていただきます。  
なお、再入会も歓迎いたします(入会金なし)