日本老年麻酔学会 退会届

申請年月日　　　　年　　月　　日

会員番号　（必須）

（会員番号をお忘れの方は、事務局へお問い合わせください。）

氏名　（必須）

（自署の場合は押印不要です）

TEL

E-mail 　（必須）

退会希望日　　　　　　　　年　　月　　日

※未納の年会費がある場合は、退会日までに振込みをお願いいたします。

＜年会費振込口座＞  
金融機関名：ゆうちょ銀行　　　店番：019  
預金種目：当座預金　　　店名：〇一九（ゼロイチキュウ）店  
口座番号：0071163　　　振込先氏名：日本老年麻酔学会事務局

通信欄

日本老年麻酔学会事務局

東北大学医学部

　麻酔科学・周術期医学分野

FAX：022-717-7325

E-mail：jsga-office@umin.ac.jp