一般社団法人　日本コンピュータ外科学会　退会申込書

一般社団法人

日本コンピュータ外科学会　理事長　殿

下記の退会日をもちまして，日本コンピュータ外科学会を退会いたします．

退会日　　　　　　　　年　　月　　日（西暦）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会員氏名 |  | |
| 所属機関 |  | |
| 連絡先 | 住所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| e-mail |  |
| 退会理由 |  | |
| 学会誌の送付について（A,Bどちらかをお選びください） | ＜会費をご清算いただいた場合の学会誌送付について＞  A：退会日を年度末とし、年度内発刊の会誌送付を希望する  B：退会日以降の学会誌送付を希望しない | |

※　退会申込書は必ず，メールもしくはFAXにてお送りください．  
e-mail：office@jscas.org

FAX: 03-5820-1898

* 会費切れで自動的に退会という手続きはできません．必ず「文書」でお申し出いただく必要があります．
* 未納会費はご精算の上，手続きお願いいたします．

----------------------------------------------------------------------------------------------------一般社団法人　日本コンピュータ外科学会事務局

〒111-0054東京都台東区鳥越二丁目13番8号　(株)ライフメディコム　内　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：03-5809-1933 FAX: 03-5820-1898 E-mail：office@jscas.org URL：http://www.jscas.org/  
-----------------------------------------------------------------------------------------------------