

退会届

公益社団法人日本白内障屈折矯正手術学会 御中

今般、貴会を退会致したく、ここにお届け致します。

会員番号	
ふりがな 氏名	
連絡先	〒 - Tel - - Fax - -
勤務先名	
退会理由	

平成 年 月 日

署名 _____ 印

なお、入会時にご登録された情報につきましては、J S C R S 事務局において適切に管理させていただきます。予めご了承ください。