

※控えが必要な場合はコピーしてお使いください。

公益社団法人 日本眼科医会 退会届

		記入日： 年 月 日	
フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日
会員種別	A B C	所属 都道府県 眼科医会	
自宅住所	〒 -	TEL	
退会理由	1. 廃業 2. 死亡 (ご逝去日： 年 月 日) 3. その他 (具体的な理由 ()) _____) ※該当番号に○をお付けください。		
退会年月日	年 月 日		

※本会を退会した場合は、次回の専門医資格更新ができなくなりますのでご注意ください。

上記のとおり日本眼科医会退会の届出をいたします。

地区会長記入欄

承認日： 年 月 日	
都道府県眼科医会会長名	