

退会届

日本女性心身医学会 御中
(FAX: 03 - 6267 - 4555)

年 月 日

私は、日本女性心身医学会を退会致したく届け出いたします。

理由:

--

会員名	印
会員番号	
ご所属	
ご連絡先	〒