

FAXの場合は表裏を間違えている方がいますので十分ご確認の上、送信してください。

日本母性衛生学会 FAX 03-3820-2118

退 会 届

日本母性衛生学会理事長宛

本年度をもって退会いたします。
(事業年度は4月1日～翌年3月31日まで)

ふりがな

会員署名

会員番号

連絡先住所 〒

連絡先TEL

携帯

FAX

西暦 年 月 日 機関誌送付先都道府県名：

退会に際し、既納の入会金・年会費はいかなる理由があろうとも返還いたしません。

年会費未納で退会する場合は、未納年会費を納入していただきます。

*退会届は、年度末(3月31日)までにお送りください。それ以降にお送りいただいた場合は、次年度会費をお支払いしていただき、次年度の退会とさせていただきます。

●本学会を退会する理由についてご意見をお願いいたします。

今後の学会活動の参考とさせていただきますのでよろしくをお願いいたします。

I 当てはまる退会理由の□にチェックしてください。(複数回答可)

1 経済的理由

会費が高い 会費が勤務先負担でなくなった

2 会員資格が必要となり入会したが目的を達成した

学会誌への論文投稿 学術集会への参加 学術集会の演題登録

3 会員の特典、サービスなどに不満がある

有益なサービスが少ない 必要な情報が得られない

会員のメリットが少ない

4 母性衛生や母子保健との関りがなくなった

退職した 転職した

II その他(下記にご記入ください)

事務局記入欄

月日	会員番号	納入状況	台帳登録	入力	受理書発送	備考
/		未・済			/	