

# 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	

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。