

# 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	※12月末での退会希望の場合、その旨も記載ください。(詳細は下記参照)

年            月            日

自署

---

-----  
※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。

※本年の年会費をご納入されている場合は、12月末での退会を承りますので、その旨、退会理由に記載ください。なお、記載されても年会費が未納の場合は、即日での退会となりますのでご了承ください。

※会費未納期間がある会員は、退会後も引続き支払義務を負います。(定款「3章 会員」をご確認下さい)