**退　　会　　届**

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  (ﾌﾘｶﾞﾅ) 　　　氏　　名  |  | 所属医局 | 　　　　　大学　　　　　科 |
|  |
| 　住　所 | 〒　　　　　　　　　 |
| 1. 勤務先（　名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．自　宅 |
| 　　退　　会　　　理　　由 |  |

【送付先】　東北整形災害外科学会事務局

FAX : 022-717-7248

E-mail : tohoku\_seisai@ortho.med.tohoku.ac.jp