退 会 届

年 月 日

(フリカ゛ナ)					
		所属医局	大学	禾	斗
氏 名					
	<u> </u>				
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

 $E\text{-}mail: tohoku_seisai@g\text{-}mail.tohoku\text{-}university.jp}$