**退　会　届**

瘢痕・ケロイド治療研究会　理事長　殿

提出日：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 会員番号 | ※不明の場合は空欄でご提出ください |
| 生年月日 | ※西暦 |
| 所属 |  |
| 退会希望日 | ※記載がない場合、即時退会となります |
| 退会理由 |  |

上記の退会届に必要事項をご入力のうえ事務局宛に**メールにて、Wordのまま**お送りください。