

事務局記入欄		
受付日	確認印	入力印

年 月 日

公益社団法人日本口腔インプラント学会
理 事 長 殿

退 会 届

年 月 日をもって貴学会退会を希望いたします。

会員番号：

氏 名：

退会理由：

本学会会費規程第6条により、退会を希望される方で会費の未納がある場合は、納付完了した上での手続きとなります。

第6条「本会を退会しようとするときに、会費その他について滞納がある場合は、直ちにその金額を納付しなければならない。」(会費規程第6条より抜粋)

(提出先)

〒108-0014 東京都港区芝 4-3-5 ファースト岡田ビル8F

公益社団法人日本口腔インプラント学会

FAX : 03-5765-5516