

送信先 FAX : 078-332-2506 E-mail : jocot@pac.ne.jp

## NPO 法人 がん医療研修機構 変更届・退会届

送信日	平成 年 月 日
-----	----------

フリガナ	
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
会員番号	

### ◎変更届（変更箇所に記入をしてください）

勤務先名	
部署名	
勤務先住所	〒
電話番号	— — 内線（ ）
FAX 番号	— —
E-mail	
自宅住所	〒
電話番号	電話
メールアドレス	E-mail

### ◎退会届

退会希望年	年度末
退会理由 (差支えない程度で)	

◎年度途中の退会には当該年度の会費を要します(当会の会計年度は4月から翌年3月まで)。会費の未納がある場合には振込用紙をお送りいたします。会費を全額お振込みいただいた時点で退会手続き完了となります。

<事務局記入欄>			
登録日	年 月 日		