退　会　届

（記入日：　　　年　　月　　日）　　　　　　　　　　　　　　　　　日本保健医療社会学会

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | |
| 性　　別 | | 男　・　女 | 生年月日 | | 西暦　　　年　　月　　日　生 | |
| 連絡先 | 住　所 | 〒 | | | | |
| TEL |  | | FAX | |  |
| E-mailアドレス | | ＠ | | | | |
| 退会日希望 | | １．即　時  ２．年度末  ３．指　定　　　　　年　　　月　　　日　付 | | | | |
| 郵便物送付先 | | 自宅　・　所属機関　（いずれかに○） | | | | |

＊上記フォームにご記入の上、学会事務局までお送りください。

＊E-mailアドレスの\_(アンダーバー)、‐（ハイフン）、０（ゼロ）、O(オー)などのご記載にはご注意ください。

＊学会規約第9条により、退会の場合は年会費を完納いただく必要があります。

【日本保健医療社会学会規約　第9条】  
本会を退会しようとする者は、退会届を提出するものとする。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１．ただし、共同発表会員の会員任期が満了する場合はその限りではない。　　　　　　　　　　　　　　　２．退会する者は、滞納金があれば、滞納金を納めなければならない。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　３．会費を3ヵ年以上滞納した者は、原則として資格喪失退会とし、ニューズレター等に氏名を公表する。

**学会事務局連絡先**：　〒162-0801　東京都新宿区山吹町358-5　 アカデミーセンター

日本保健医療社会学会事務局

TEL：03-6824-9375　　FAX：03-5227-8631

E-mail: jshms-office@as.bunken.co.jp