**退　会　届**

一般社団法人日本摂食嚥下リハビリテーション学会

理事長　鎌倉やよい 殿

　　　　　年　　　月　　　日を以って貴会を退会いたします。

記

１．会員番号

２．退会理由

以上

　　　　年　　　月　　　日

住　　所

氏　　名

Tel

Ｅ-Mail

（お問い合わせをする場合がございますので，連絡先電話番号またはemail addressのご記入をお願いいたします）