

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)