年 月 日

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

**退　会　届**

下記理由により、　　　　　　　　年　　　 　　月　　　 　　日を以って

日本摂食嚥下リハビリテーション学会を退会いたします。

記

1. 会社名

印

1. 住所
2. 会員番号
3. 連絡先（ご担当者名）

　　　　　　　　Tel

 Email

5.　退会理由