

公益社団法人 日本臨床腫瘍学会

郵送先：〒105-0013 東京都港区浜松町2-1-15 芝パークビル6階
 FAX：03-6809-1138 E-mail：support@jsmo.or.jp

復会届

届出年月日： 年 月 日

公益社団法人 日本臨床腫瘍学会
 理事長 殿

会員番号※必須		
氏名※必須		
フリガナ※必須		
生年月日	西暦	年 月 日
連絡先(郵送先)	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> ご自宅
年会費請求送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> ご自宅
勤務先	住所	〒(—)
	勤務先名	
	診療科名	
	役職	
	TEL	
	FAX	
	E-mail	
ご自宅	住所	〒(—)
	TEL	
	FAX	
	E-mail	

※必須項目です
 ※復会届のご提出および年会費のご納入が確認でき次第復会手続きをいたします
 ※停止中の権利等については復会日の翌日から行使できるものといたします
 ※休会期間終了後1ヶ月以内に延長手続きが採られない場合は、
 休会会員は休会期間満了日に当然に復会したものといたします

【事務局欄】

受付	管理	確認