

年 月 日

一般社団法人日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会  
理事長 殿

名前 \_\_\_\_\_

(会員番号 OP- \_\_\_\_\_)

## 退会届

この度、貴 一般社団法人日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会を退会したいので、下記のとおりお届けします。

記

1 退会年月日 年 月 日

2 会員区分

3 医師登録

医師登録をしている方は必ず下記の項目のいずれかにチェックをしてください。チェックのない場合は、退会と同時に自動的に医師登録が解除されますのでご注意ください。

		チェック項目
責任医師登録者	①責任医師登録から実施医師登録への種別変更を希望します。	<input type="checkbox"/>
	②責任医師登録および実施医師登録の解除を希望します。	<input type="checkbox"/>
実施医師登録者	③実施医師登録として引き続き登録を希望します。	<input type="checkbox"/>
	④実施医師登録の解除を希望します。	<input type="checkbox"/>

①と③の該当者のうち勤務先が変更になる場合は下記に記載してください。

※記載のない場合は医師登録更新時にご案内の通知が届かなくなる可能性がありますことご了承ください。

新しい勤務先：病院名

〒

住所

TEL :

FAX :

なお、すでに実施施設として認定を受けている施設の場合は、医師構成が変更となりますので、実施施設変更申請届を速やかに提出してください。

認定を維持できない施設は辞退届と症例報告書を事務局宛に提出してください。