

京都大学外科交流センター正会員退会届書

注1

理事長承認
年 月 日

退会届作成日	年 月 日		
氏 名	ふりがな		会員番号 <u>注1</u>
	漢 字		
卒業年次	年		
卒業大学	大学		
生年月日	年 月 日		
退会理由			

送付先 : FAX. 075-751-3131

注1 : 記入しないで下さい。