

# 京都大学外科交流センター正会員退会届書

理事長承認

年 月 日

退会届書作成日 年 月 日

氏 名	ふりがな	
	漢 字	
勤務先	大学・病院 科	
勤務先役職		
勤務先電話	Tel ( ) -	
退会理由		

退会后、京都大学外科交流センターからのセミナー案内・会報誌・会員サイトアクセス等の提供が行われなくなります。  
なお京都大学外科同門者(京大出身・医員院生所属歴あり)には、退会後も同門に関する案内を行わせていただきます。

同意いただければチェック願います。

退会に伴う内容に同意します

送付先 : FAX. 075-751-3131

