

退 会 届  
FAX 03-5652-1012

フリガナ		会員 No.
氏 名		
勤務先住所	〒  TEL FAX	
勤務先名		
自宅住所	〒	
退会日	平成      年      月      日	

送付先は次の通りです。

日本眼科アレルギー研究会 事務局(株式会社インフロント内)  
〒103-0026 東京都中央区日本橋兜町21-7  
TEL:03-5652-1014 FAX:03-5652-1012

平成      年      月      日

署名

印

---