

日本高次脳機能障害学会（旧 日本失語症学会）  
理事長 殿  
FAX： 03-3673-1512

## 退会届出書

年 月 日

会員番号*1		連絡先	勤務先 ・ 自宅
フリガナ			生年月日
氏名			19 年 月 日
勤務先			
所属			
役職			
所在地	〒 TEL FAX E-mail		
自宅	〒 TEL FAX E-mail		
退会希望日*2	年 月 末日 ※ 会期は9月から翌年8月です。		
通信欄			

\*1 お手数ですが、本会からの郵便物に記載されている会員番号をご記入願います。

\*2 ご記入のない場合は、期末をもってのご退会となります。

※ 退会完了または未納会費のご通知をいたしますので、必ず今後のご連絡先をご記入願います。