

東北救急医学会退会届

年 月 日

(ふりがな)		
氏名 (漢字)	(姓)	(名)
勤務先	施設名	
	科名	
	職名	
	所在地	〒
	TEL	
	FAX	
所属会員 ○を付けて下さい	A 会員(臨床系医師) B 会員(看護師・臨床系医師以外の医学研究者・医療関係者) C 会員(救急隊員並びに行政関係者) D 会員(その他) 賛助会員	

送付先

FAX:022-717-7492

東北救急医学会事務局(東北大学大学院医学系研究科救急医学分野内)

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町 1-1