

本用紙にご記入の上、FAXないしは郵送でお送り下さい。

一般社団法人 日本統合医療学会(IMJ)  
【 退会届 】

申込日:平成 年 月 日

フリガナ 氏名	
会員番号	— —
退会理由	
その他	

上記をご確認後、一般社団法人日本統合医療学会事務局までFAXにて送信して下さい。

**FAX番号:022-341-2078**

お問合せ先:

〒981-0932 宮城県仙台市青葉区木町5-29 菅原ビル2-A

一般社団法人日本統合医療学会

TEL:022-341-2410 FAX:022-341-2078 E-mail:imj@imj.or.jp

提供いただく個人情報、日本統合医療学会より学会誌等の発送、ご連絡のための範囲内で使用いたします。会員の同意なく利用目的以外に利用いたしません。また、ご提供いただく個人情報は、法令の規定により提供を行う場合を除き、会員の同意なしに第三者への開示・提供を行うことはありません。