

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:03-3813-6698

お問合せ先: 〒113-0033 東京都文京区本郷3-35-9

TEL:03-3868-0101

株式会社洋文社内 一般社団法人 日本統合医療学会 事務局

E-mail: imj@imj.or.jp

提供いただく個人情報は、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。