

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:03-3947-8341

お問合せ先: 〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル (一財)口腔保健協会内
TEL 03-3947-8891
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。