山形県がん・生殖医療ネットワーク　退会届

（様式２）

令和　　年　　月　　日（記入日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 内容 | |
| 氏名 | (ふりがな) | |
|  | |
| 区分 | がん等診療施設の医療従事者　　生殖医療施設の医療従事者　　その他( 　　　　　　　　　　　 ) | |
| 職種（専門分野） |  | |
| 所属機関 | 名称 |  |
| 科名、課室名等 |  |
| 所在地 |  |
| 事務担当者 |  |
| 電話 |  |
| メール |  |
| 退会の理由 |  | |