令和　　年　　月　　日

 北陸公衆衛生学会 理事長　殿

**退 会 届**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （フリガナ）氏名 | ㊞ | 生年月日年　　　月　　　日 |
| 勤務先名称 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 自宅 | 〒 |
| 退会理由 |  |

上記の理由により、退会届を提出します。

※北陸公衆衛生学会へE-mail　hokuph@med.kanazawa-u.ac.jp　または、

FAX　**076-234-4233**または郵送にてお送りくださるようお願いいたします。

郵送先：**〒920-8640　石川県金沢市宝町13番1号**

**金沢大学医薬保健研究域医学系　衛生学・公衆衛生学教室内　北陸公衆衛生学会事務局**

 事務局使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 | 退会年月日 |
|  |  |