**一般社団法人　日本脳腫瘍の外科学会**

**The Japanese Congress for Brain Tumor Surgery**

**【 退会申込書 】**

退会申込日　：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏　　名** |  |
| **所　　属** |  | **役　職** |  |
| **所属御住所** | **〒** |
| **TEL** | **FAX** |
| **E-mail** |  |
| **連絡先** | **〒** |
| **TEL** | **FAX** |

**※太枠内は必須事項ですので記入漏れの無いようにお願い致します**

〈 申込先 〉**一般社団法人**　**日本脳腫瘍の外科学会事務局**

〒113-8655

東京都文京区本郷7-3-1　東京大学医学部脳神経外科内

TEL：03-5800-8853

FAX：03-5800-8655

Email：jcbts-soc@umin.ac.jp