

年 月 日

## 退 会 届

年 月 日をもって貴学会退会を希望いたします。

会 員 番 号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

退会理由（該当する番号に○印を付してください）

1. 開業
2. 退職
3. その他 \_\_\_\_\_

(公社)日本口腔外科学会  
理 事 長 古 郷 幹 彦 殿

---

本学会会費規則第7条により、退会を希望される方で会費の未納がある方は後日お送りいたします払込書によりお振込みをお願いいたします。

「第7条 退会しようとするときに、会費その他の経費負担について滞納がある場合、直ちにその全額を納付しなければならない」