退　会　届

日本臨床毛髪学会　理事長　殿

提出日：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 会員番号 | ※不明の場合は空欄でご提出ください |
| 所属 |  |
| 退会年月 | ※記載がない場合、提出日が退会日となります |
| 退会理由 |  |

※退会する年度の年会費はお納めいただいてから退会届を提出してください。

上記の退会届にご記入のうえ、事務局宛**メールにて**お送りください。

**＜　送信先　＞**

日本臨床毛髪学会事務局

E-mail：jschr@shunkosha.com