　　年　　月　　日

一般社団法人

日本臨床腫瘍薬学会　理事長　殿

退　会　届

このたび都合により貴会を退会いたしたく、下記項目に同意の上、ここに届け出ます。

退会届を提出した場合は下記について同意することも承諾いたします。

**・退会に伴い、「外来がん治療認定薬剤師認定規則」の第13条３、「外来がん治療専門薬剤師認定規則」第９条の規定により、日本臨床腫瘍薬学会の認定・専門資格も喪失することに同意します**

**・退会後に再入会を希望する場合、新規入会手続きを行うことに同意します**

**※**退会した場合、喪失した認定資格は再入会によっては復活しません

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | |
| 氏　　名  署名（自署）又は記名押印 |  | 印 |
| 所属施設名 |  | |
| 住　　所  （所属先／ご自宅） | 〒 | |
| 退会理由 |  | |

上欄をご記入の上、事務局あてに（郵送／FAX／E-mailのPDF添付のいずれか）

お送りください。

【提出先】日本臨床腫瘍薬学会事務局

〒100-0003　東京都千代田区一ツ橋1-1-1

パレスサイドビル9F　㈱毎日学術フォーラム（内）

TEL：03-6267-4550(代表）

FAX：03-6267-4555

E-mail：jaspo@mynavi.jp