

平成 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 環境生態医学・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