

退 会 届

年 月 日

特定非営利活動法人性差医療情報ネットワーク
理事長 天野 恵子 殿

氏名：
会員番号（ ）

このたび、特定非営利活動法人性差医療情報ネットワークを退会致したく、ここにお届けいたします

退 会 年	年度から
退会後の 連絡先	〒 TEL： E-mail： (担当者：)
備 考	

- * 特定非営利活動法人性差医療情報ネットワークでは4月1日～翌年3月31日を1年としております。
- * 年度の途中での退会はご遠慮いただいておりますのでご了承ください。
- * 退会届は、事務局宛郵送又は、FAXにて受付いたします。

送信先：特定非営利活動法人性差医療情報ネットワーク
〒177-0041 東京都練馬区石神井町4-21-6
TEL03-6766-1028 Fax03-6766-1028