

送信先：日本神経麻酔集中治療学会事務局行

FAX: 058-230-6405

E-mail: jsnacc@t.gifu-u.ac.jp

## 退会届

会員番号:

	姓	名
フリガナ		
氏名		

退会希望日:       年       月       日

備考

---

日本神経麻酔集中治療学会事務局  
岐阜大学大学院医学系研究科麻酔科疼痛医学分野教室  
〒501-1194 岐阜市柳戸1番1  
TEL : 058-230-6404   FAX : 058-230-6405  
E-mail : jsnacc@t.gifu-u.ac.jp

事務用   No. \_\_\_\_\_  
          受付年月日 \_\_\_\_\_