**特定非営利活動法人日本CT検診学会**

**郵送先：〒102-0072東京都千代田区飯田橋三丁目11番15号**

**E-mail：jscts-office@kuba.jp**

**休　会　届**

届出年月日：　　　　年　　　月　　　日

特定非営利活動法人日本CT検診学会

理事長　殿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | CT- | | 生年月日 | 西暦　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名※ |  | | フリガナ※ |  |
| 休会中の連絡先  (日本国内に限る) | 住所※ | 〒  （住所変更希望日：　　　年　　月　　日より変更） | | |
| TEL |  | | |
| FAX |  | | |
| E-mail※ |  | | |
| 休会期間※ | 西暦　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月  休会期間は最大3年です。 | | | |
| 休会理由※ | 留学のため　　　出産・育児のため　　　病気療養のため  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 確認者 | 担当者 |
|  |  |

【学会事務局使用欄】

申請年度の会費納入：　　　　　年度会費【 納入済 ／ 未納入 】

※の項目は必須項目です。