

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 日 休会期間は最大 3 年です。		
休会理由※	<input type="checkbox"/> 留学のため <input type="checkbox"/> 出産・育児のため <input type="checkbox"/> 病気療養のため <input type="checkbox"/> その他 ()		

【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 】

確認者	担当者

※の項目は必須項目です。