

年 月 日

一般社団法人日本輸血・細胞治療学会

理事長 殿

自筆署名 \_\_\_\_\_ ⑩

復会届

\_\_\_\_\_年 4月 1日より会員復会のご承認下さいますようお願い申し上げます。

1.退会・休会理由	
2.復会理由	
3.勤務先	[名称] [所属] [住所] 〒 _____  [TEL] [FAX]
4.自宅	[住所] 〒 _____  [TEL] [FAX]
5.Email アドレス	

復会を希望される場合にはご記載頂き下記お問い合わせ先にお申し出願います。

一般社団法人 日本輸血・細胞治療学会 〒113-0033 東京都文京区本郷 2-14-14 ユニテビル 5階  
TEL : 03-5804-2611 FAX : 03-5804-2612 E-mail アドレス : info@mail.jstmct.or.jp