

① ibarakibosei@ipu.ac.jp

② 〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669-2 茨城県立医療大学助産学専攻科内

退 会 届

茨城県母性衛生学会 会長宛

本年度をもって退会いたします。(事業年度は4月1日～翌年3月31日まで)

会員氏名 会員番号

連絡先 E-mail @

連絡先住所 〒

(自宅・勤務先)

連絡先 TEL

提出日 年 月 日

今後の学会活動の参考とさせていただきます。ご協力よろしくお願いいたします。

●本学会を退会する理由についてご意見をお願いいたします。

1. 当てはまる退会理由の□にチェックしてください。(複数回答可)

1 経済的理由

☐会費が高い ☐会費が勤務先負担でなくなった

2 会員資格が必要となり入会したが目的を達成した

☐学術集会の演題登録 ☐学術集会への参加 ☐学会誌への論文投稿

3 会員の特典、サービスなどに不満がある

☐有益なサービスが少ない ☐必要な情報が得られない

☐会員のメリットが少ない

4 本会もしくは母性衛生や母子保健との関りがなくなった

☐退職した ☐転職した ☐県外への転居

2. その他

(理由をお書きください：)

●注意事項

- 退会届は、年度末（3月31日）までにお送りください。それ以降にお送りいただいた場合は、翌年度の会費をお支払いしていただき、翌年度末の退会とさせていただきます。
- 退会に際し、既納会費はいかなる理由があろうとも返還いたしません（会則第10条）。
- 年会費未納の場合は納入していただいた後の退会届受理となります。
- ※ 退会届を受付後、本会より退会届受理のメールをお送りいたします。それをもって退会を受理いたします。届かない場合はご連絡ください。

以上