日本術後痛学会 退会届

申請年月日　　　　年　　月　　日

会員番号　（必須）

（会員番号をお忘れの方は、事務局へお問い合わせください。）

氏名　（必須）

連絡先TEL or E-mail （必須）

退会希望日　　　　　　　　　　年　　月　　日

※原則、申請者ご自身による署名捺印（記名押印可）をお願いいたします。

通信欄

日本術後痛学会事務局

和歌山県立医科大学医学部

麻酔科学教室

E-mail：jsspp@wakayama-med.ac.jp