

一般社団法人日本獣医再生医療学会退会届

申込年月日 年 月 日

フリガナ	
氏 名	
フリガナ	
勤務先 学校名	
連絡先 住 所	勤務先 自宅 (必ずどちらかに○をつけてください) 〒 -
T E L	
F A X	
E-mail	

送信先：

一般社団法人 日本獣医再生医療学会事務局

FAX：045-901-6554

※番号のおかけ間違いにご注意ください。