**公益社団法人　日本臨床腫瘍学会**
郵送先：〒105-0013　東京都港区浜松町2-1-15　芝パークビル6階
FAX：03－6809－1138　E-mail：support@jsmo.or.jp

# 休会届

届出年月日：　　年　　月　　日

公益社団法人　日本臨床腫瘍学会
理事長 殿

| | | |
|---|---|---|
| 会員番号※必須 | | |
| フリガナ※必須 | | |
| 氏名※必須 | | |
| 生年月日 | 西暦　　年　　月　　日 | |
| 休会中の連絡先 | 住所 | 〒（　　―　　） |
| | TEL | |
| | FAX | |
| | E-mail | |
| 休会期間 | 西暦　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | |
| 休会理由 | □留学または学業に伴うため　□病気・怪我など健康上の理由<br>□その他（　　） | |
| ◆その他変更・連絡事項◆ | | |
| 備考 | | |

休会制度について（詳細は規程をご覧ください）
◎休会期間は原則として３年間となります
★休会期間中は学会年度会費が免除となり，以下の会員資格が停止されます
1)　機関誌の購読権を有しない
2)　会員履歴年数には算入しない
3)　協議員および役員資格申請に必要な期間計算に参入しない
4)　協議員および役員の選挙権，被選挙権を有しない
5)　当学会が主催するセミナー，学術集会への参加費用は非会員価格とする。
◎休会を解消して復会する場合は，復会届を提出してください

事務局欄

| 受付 | 管理 | 確認 |
|---|---|---|
| | | |