

多文化間精神医学会

(Japanese Society of Transcultural Psychiatry)

退会届

年 月 日

会員番号	入会日	
ふりがな*	*生年月日	19
*氏名	*性別	男 ・ 女
退会理由		

【送付先住所】 〒162-0801 東京都新宿区山吹町358-5 アカデミーセンター
多文化間精神医学会事務センター

【送付先FAX No.】 03-5227-8631