**ＦＡＸ送信先：03－5577－6842　（公財）国際全人医療研究所**

|  |
| --- |
| **公益財団法人国際全人医療研究所****□休会届　　□復会届** |
| ○下記にご記入の上、（公財）国際全人医療研究所まで、ＦＡＸ、郵送、メールでお送りください。○休会期間は、年度単位（4月1日から3月31日まで）です。（年度途中での届出の場合は、翌年度4月1日からの休会となります。）○未納の年会費がある場合は、休会届を提出する前にご入金をお願いいたします。○休会期間中の会費は免除されますが、休会期間は会員歴に加算されません。○復会する場合は「復会届」を、退会する場合は「退会届」を（公財）国際全人医療研究所に提出してください。 |
| 届出年月日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　日 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 休会期間 | 西暦　　　　年　　　　月　　　日から　西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 休会理由 |  |
| 連絡先 | 住所 | （〒　　　　　－　　　　）  |
| TEL/FAX | TEL: FAX: |
| E-mail |  |
| その他連絡事項 |  |
| 復会日※復会時に記入 | 西暦　　　年　　　月　　　日より復会します |

■本件に関するお問い合わせ・お申し込み先■

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付 | 名簿 | 受理連絡 |
|  |  |  |

（公財）国際全人医療研究所　会員事務局

〒101－0053千代田区神田美土代町11－8

SK神田美土代町ビル6Ｆ

**TEL.03-5577-6841　FAX.03-5577-6842**

**E-mail:** **ifcm@nifty.com**