

受付FAX：03-6869-6772



退会申請書

下記の記入欄にご記入いただきFAXして下さい
書類受付後、退会処理をさせていただきます。

●必要事項記入欄●

氏名		
フリガナ		
住所 ◆送付先を選択して下さい	〒 () - () _____	
<input type="checkbox"/> 勤務先	_____	
<input type="checkbox"/> 自宅	_____	
連絡先	TEL : () - () - ()	
メールアドレス	(任意) _____ @ _____	
勤務先名		
所属・役職	[所属]	[役職]

一般社団法人 日本病院管理機構
日本メディカルマネジメント学院 医療安全管理部会

総本部 〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-1-21 新虎ノ門実業会館 5F

TEL : 03-6869-6771 / FAX : 03-6869-6772

■総合受付窓口 **0120-031-033** (通話無料：携帯・PHSからもOKです)