

日本医療秘書学会退会届

日本医療秘書学会事務局 御中

____年 ____月 ____日

ふりがな

お名前: _____

会員番号: _____

住所: 〒 _____

下記理由等を添えて、日本医療秘書学会を退会いたしたく、お届けします。

退会理由		
退会時期	① 今年度末を希望	② 即退会を希望
学会誌などの送付	① 今年度末まで希望	② 不要

〔記入の仕方〕

1. 「退会理由」以外は、①か②に○印を付けてください。
2. 「学会誌などの送付」は、退会希望年度の会費をお支払いいただいた場合のみ回答してください。

学会事務局宛てに、FAX(03-5675-7078)または郵便にてお送り下さい。

送付先: 日本医療秘書学会事務局
〒134-0084 東京都江戸川区東葛西6-7-5 滋慶ビル
TEL: 03-5675-7077 FAX: 03-5675-7078
E-Mail: info@mts-jp.org
学会ホームページ: <http://society.mts-jp.org>