届出日　20　　　年　　月　　日

日本医療秘書実務学会 会長

**日本医療秘書実務学会　退会届**

20　　　年3月末日をもって日本医療秘書実務学会から退会を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| ご 氏 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 会員種別 | 1 正会員　2 学生会員　3 賛助会員　4 法人会員 |
| ご 住 所又は所属機関 | （〒　　　　－　　　　　） |
| Tel. |  |
| e-mail |  |
| 退会理由 | （簡単で結構です） |

以上

|  |
| --- |
| 退会される場合には、署名・捺印の上、スキャンしたPDFもしくは画像ファイルを事務局までメールでお送りください。スキャンはスマートフォンで可能です。 |

送付先：

〒７０１－０１９３　岡山県倉敷市松島２８８

川崎医療福祉大学　医療秘書学科内

日本医療秘書実務学会　事務局

office@jsams.jp