

平成 年 月 日

特定非営利活動法人 日本個人・医療情報管理協会 御中

退会届出書

私 _____ は、平成 年 月 日をもって
特定非営利活動法人 日本個人・医療情報管理協会を退会致します。

所属 _____

氏名 _____ (印)

自宅住所：〒 _____

連絡先： _____

E-mail アドレス： _____

※本届出書は、下記事務局までメール、又は FAX にて送信下さい。

※退会の承認については、上記の連絡先にメールにて返信致します。

特定非営利活動法人 日本個人・医療情報管理協会

事務局 E-mail : info@iaphic.jp

FAX : 03-6712-9387

事務局処理欄 (記入しないでください)		
受 理 日	平成 年 月 日	(記録)
承 認 日	平成 年 月 日	