

# 退会届

年 月 日

一般社団法人日本医療情報学会 殿  
〒113-0033  
東京都文京区本郷2-17-17 井門本郷ビル2階  
Tel 03-3812-1702  
Fax 03-3812-1703

所属先名  
施設名: \_\_\_\_\_

連絡先住所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

ご担当者: \_\_\_\_\_

退会者名: \_\_\_\_\_

会員番号: \_\_\_\_\_

(医療情報技師の方)  
医療情報技師番号: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

区分: 正会員・準会員・賛助会員・購読会員

年 月 日付で退会をしたいのでお願い致します。  
(年月だけでも可)

備考欄