

# 日本診療情報管理士会

## 退 会 届

令和 年 月 日

日本診療情報管理士会 会長 様

氏 名		会員番号	
連絡先	〔自宅・勤務先〕 〒 TEL FAX		

貴会、日本診療情報管理士会を退会します。

退会理由

( )

連絡欄

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ※メールリングリスト(ML)へご登録いただいている方へ

退会に伴い、メールリングリストのメールアドレス削除をお願いいたします。  
お手数ですが下記事項をメールにて事務局までお知らせください。

メール送付先(事務局): kaiin@kanrishikai.jp

- 連絡内容(記載項目):
1. 氏名
  2. 所属(施設名)、役職
  3. 会員番号(郵送物の宛名シールをご確認下さい)
  4. メールアドレス

●上記内容を記入の上、事務局まで郵便またはFAXでお送りください。

日本診療情報管理士会 事務局  
〒102-8414 東京都千代田区三番町 9-15  
ホスピタルプラザビル  
一般社団法人日本病院会内  
TEL : 03-3221-9891 FAX : 03-3221-9892  
E-mail : info@kanrishikai.jp