

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 Email | | |

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

会員メーリングリストの登録削除をお願いします。

(※会員メーリングリストにアドレスを登録している方は☑を入れてください)

● 上記内容を記入のうえ、郵送またはFAX（03-3221-9892）にて事務局まで
ご提出ください。

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