

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、 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いたします。

所属 _____
氏名 _____ (印)
自宅住所：〒 _____
連絡先： _____
E-mail： _____

※本届出書は、下記事務局までメールまたは 郵送 にてご送付ください。

※退会の承認については上記の連絡先にメールにてご返信いたします。

■ 申込書送付先（郵送）

日本個人・医療情報管理協会（JAPHIC） 事務局
〒113-0033 東京都文京区本郷 2-3-15 元町館 2F
電話 03-5615-8180 FAX 03-5615-8139
E-Mail info@japhic.or.jp

事務局使用欄 （記入しないでください）		
受理日	年 月 日	(記録)
承認日	年 月 日	