

退 会 届

年 月 日

公益社団法人 医療・病院管理研究協会 会長 殿

会員種別 (いずれかに○印)	A会員 ・ B会員 ・ 賛助会員 会員ID () .		
施設名			
ふりがな		職 種	
氏 名	印	部 署	
		役 職	
施設所在地	〒		
電 話		F A X	
退 会 理 由			
連絡先 E-mail			

受 付	理 事 会 承 認	備 考
※ 年 月 日	※ 年 月 日	※

※印の欄は記入しないで下さい