

記入日： 年 月 日

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会 宛

## 総合補償制度 「脱退届」

この脱退届は、以下のケースにご使用ください。

1. 単独の施設で加入している加入申込者が、その施設の加入を脱退する場合
2. 複数の施設で加入している加入申込者が、全ての施設の加入を脱退する場合
3. 勤務医コースで加入している申込者が、脱退する場合

下記の通り、「総合補償制度」の脱退を申請します。

会員番号：	脱退希望日：
-------	--------

### ■ 開設者コースにて加入されている方

現在の加入申込者	印
----------	---

### ■ 勤務医コースにて加入されている方

現在の加入者	印
--------	---

### □ 同時に、協会の退会をいたします。

- 退会の理由：
- 美容医療をやめる
  - 施設を閉院する
  - 補償に不満がある
  - その他（ ）

### 出資金の返金を希望される口座情報（ご記入の無い場合は引落口座に返金させていただきます）

出資金返金を希望される口座	金融機関名：	支店名：
	（ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 ）	
	口座番号：	
	フリガナ：	
口座名義：		

### 注意事項

(宛先シール)

★この「脱退届」は協会宛ご郵送もしくはメール添付・FAX等でお送りください。  
尚宛先シールを協会ホームページよりダウンロードできます。

★この「脱退届」は当月の10日までにご提出いただいた場合、翌月1日からの脱退となります。



### 【ご連絡先ならびに郵送先】

〒102-0082 東京都千代田区麹町1-6-6 プルミエ麹町ビル7F

TEL：03-6380-4771 FAX：03-6893-6500

E-mail：jamla@biyoukyosai.jp

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会

\* 当協会は個人情報を取り扱うにあたり、その利用目的を協会事業に限定します。ご本人の同意なく同利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱うことはありません。詳しくはHPの「個人情報保護方針について」をご覧ください。