

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 「解約届」

この解約届は、以下のケースにご使用ください。

1. 複数の施設で加入している加入申込者が、一部の施設の加入を解約する場合

下記の通り、「総合補償制度」の解約届を提出します。

会員番号：	解約希望日： 年 月 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	法人名：
	肩書・代表者名 <span style="float: right;">⑩</span>
現在加入の 被保険者	施設名：
	施設の開設者（施設長）名：

### 注意事項

★この「解約届」は協会宛ご郵送をお願いします。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。

★ご加入の施設すべてを解約される場合は、「退会届」をご提出ください。

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

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。

20201201(Ver1.1)