

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 「退会届」

この退会届は、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、その施設の加入を解約する場合
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解約する場合
3. 開設者コースの法人名が変更となる場合（別途、新法人名で加入申込が必要です）
4. 勤務医コースで加入している申込者が、解約する場合

下記の通り、「総合補償制度」の解約および「協会」の退会を申請します。「出資金」を返金願います。

会員番号：	退会希望日： 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 (印)

■勤務医コースにて加入されている方

現在の 加入者	氏名： (印)
------------	--

出資金の返金を希望される口座情報

出資金返金を 希望される口座	金融機関名：	支店名：
	(普通・当座)	口座番号：
	フリガナ：	
	口座名義：	

注意事項

- ★この「退会届」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。
- ★「退会届」が当月の10日までに協会に届いた場合、翌月1日からの退会となります。

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
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。