

申請日： 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

一社) 日本美容医療リスクマネジメント協会「退会届」

下記のとおり、「一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会」の退会を申請します。

「出資金」をご返金願います。

会員番号：	退会希望日：
-------	--------

■施設にてご契約されている方（開設者）

現在ご登録の ご契約者様 医院・病院 法人等	フリガナ：	
	施設名：	
	フリガナ：	
	肩書／代表者名：	㊞
	ご住所 〒	
	TEL：	FAX：
	E-mail：	

■個人にてご契約されている方（勤務医）

現在ご登録の ご契約者様	フリガナ：	
	ご氏名：	㊞
	ご住所 〒	
	TEL：	FAX：
	E-mail：	

退会の理由：	<input type="checkbox"/> 美容医療をやめる
	<input type="checkbox"/> 施設を閉院する
	<input type="checkbox"/> 補償に不満がある
	<input type="checkbox"/> 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「退会届」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「退会届」は当月の10日までに提出いただいた場合、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 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。