**日本医療マネジメント学会　退会届**

年　　　月　　　日

日本医療マネジメント学会 理事長 殿

このたび日本医療マネジメント学会を退会いたしたく、日本医療マネジメント学会定款第10条の規定に基づき退会届を提出いたします。なお、未納分の年会費がある場合には、必ず払い込みます。

氏名：

学会会員番号：

勤務先：

連絡先住所：

連絡先TEL：

退会理由：

退会希望日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日

署名：

※郵送、FAX、メールのいずれかで下記までお送りください。

（事務の正確を期すため、電話での受付は行っておりません。

退会届は学会会員ご本人からのご提出のみ受付致します。）

送付先：〒860-0806熊本市中央区花畑町1-1 大樹生命熊本ビル3階

日本医療マネジメント学会事務局

TEL　096-359-9099

FAX　096-359-1606

E-mail：jhm@space.ocn.ne.jp