

FAX : 03-5981-6012

医療の質・安全学会事務局行

# 退 会 届

医療の質・安全学会 殿

下記の日をもって医療の質・安全学会を退会いたします

20 年 月 日

氏 名 : \_\_\_\_\_

所 属 : \_\_\_\_\_

連絡先 : \_\_\_\_\_

会員番号 : \_\_\_\_\_

(不明の場合は結構です)

(連絡事項)