退　会　届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

一般社団法人日本メディカルアシスト代表理事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員氏名 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

　　　貴会の会員（個人会員・団体法人会員・賛助会員）を令和　　年　　月　　日付けで退会したいのでお届けします。

　　　〔退会理由〕