

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

「退会届」

下記の通り「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。

会員番号：	退会月： 年 月 1 日
-------	--------------

加入申込者名	氏名：
--------	-----

※ 法人・個人事業主の場合は「法人名」または「屋号」もご記入ください。

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（ ）
-------	---

★注意事項

- ・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『退会』となります。
 - ・本紙『退会届』は協会宛 [メール送信] または [FAX送信]をお願いいたします。
- ※メールやFAX送信ができない場合はご郵送をお願いいたします。

【ご連絡先】

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会
〒102-0083 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

*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。

20240701 (Ver1.1)