年　　　月　　　日

一般社団法人日本医療機器学会　御中

〒113-0033

東京都文京区本郷3-39-15

FAX 03-3814-3837

退　会　届

（正会員用）

この度、私は以下の事由により貴会を退会致したく、ここに書面にてご通知申し上げます。

【事由】

（該当する事由を〇で囲んでください）

1. 学術的興味がなくなった
2. 退職
3. 勤務先あるいは部署の異動
4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

会員番号

氏　名

認定資格をお持ちの方は、認定番号をご記入ください。

□滅菌技師/士 （　　　　　　　　　）

□MDIC　　　　 （　　　　　　　　　）