

会 員 退 会 届

年 月 日

特定非営利活動法人臨床検査支援協会
理事長 渡邊清明 様

下記の通り、退会いたしたく届出いたします。

記

1. 法人会員

法人名	
住所	〒
連絡先	
代表者名	
ご担当者名	印
退会日	年 月 日
退会理由	

2. 個人会員

氏名	印
住所	〒
連絡先	
退会日	
退会理由	

ご連絡事項	
-------	--

(注) ご納入いただきました会費は返却されませんことをご了承ください。

3. ご提出先

お電話での退会はお受け出来ませんのでご注意ください。

〒164-0011 東京都中野区中央 1-44-6-100 ステージ中野坂上

FAX: 03-5937-1396

E-mail : info@ascl.or.jp

※お預かりした個人情報、当協会の個人情報取扱規定で定められている利用目的以外では使用いたしません。