退　会　届

申請日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 御芳名 |  |
| 御所属 |  |
| 退会日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |

ご記入・ご入力のうえ、FAX、またはメールにてお送りください。

日本臨床検査同学院事務局

TEL　03-5282-3117

FAX　03-5282-3118

Mail　dougakuin-01@clmj.jp