**[提出先：日本医療検査科学会事務局　office@jcls.or.jp　　(ctrlを押しながらココをクリック)](mailto:office@jcls.or.jp?subject=退会届提出)**

**一般社団法人日本医療検査科学会　退会届**

**申請年月日：20　　年　　　月　　　日**

**日本医療検査科学会　御中**

**以下の理由により貴会を退会致します。**

会員種別　：　名誉会員　/　功労会員　/　評議員　/　一般会員（正会員）

会員番号　：

申請者氏名：

生年月日：　（西暦）　　　年　　　月　　　日

　　　施設名：

　　　所属部門：

　　　連絡先（メール）：　　　　　　　　　　　　＠

　　　連絡先（電話番号）：

　　　退会理由：

会費納付状況：□滞納分はありません。

　　　委員会所属：□なし

□あり（科学技術、遺伝子、POC、血液検査、微生物感染症、医療情報、生理、国際交流、編集、倫理・COI）

　　認定POCコーディネーター保持：□なし　□あり※退会すると失効します。

　　　通信項目：

**■ご 注 意** ■

退会申請に付きましては、御本人様からのお手続を原則と致します。ご逝去などによりご本人以外の方が申請される場合はお書き添え下さい。

退会申請時に年会費未納期間がある場合は未納分を納入頂く必要があります。退会手続前に納入状況をご確認下さい(オンライン会員情報からも納付状況を確認できます)

再入会される場合、会員番号または在籍歴があることお伝え下さい。

退会手続を申請された方は、上記の内容を含むすべての規則に同意されたものとみなされます。

**一般社団法人日本医療検査科学会　東京都文京区本郷4-2-5MAﾋﾞﾙ6階 E-mail:office@jcls.or.jp FAX:03-3813-6679 TEL:03-3813-6635**