

私立大学医学部・私立医科大学付属病院臨床検査部長会 退会届

この度、下記に示す理由により私立大学医学部・私立医科大学付属病院臨床検査部長会を退会致します。

申込日(退会日)	西暦 年 月 日
----------	----------

施設名	
所属部署名	
役職名	
部長(責任者) 氏名	ふりがな

連絡先 (勤務先)	郵便番号	
	住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	E-mail	

退会理由	
------	--

注) 上記内容を記載の上、メールまたは郵送の何れかにてお送りください。