

国際医療安全推進機構 届出用紙

下記をご記入の上、次の学会事務局宛に電子メールまたは FAX にてお届けください。

(メールアドレス) msoffice@mspo.org

(FAX 番号) 03-6801-6987 へ送信してください。

提出 年 月 日

該当項目に○を記入。	() 入会届	() 変更届	() 退会届
	新規 / 退会または変更前		変更後 (変更時のみ該当項目を記入)
氏名			
氏名 (ふりがな)			
勤務先・所属			
医療の資格			
職位 (学生の場合は、 在学期間を明記)			
勤務先の住所 *自宅の場合は(自宅) と明記してください			
電子メールアドレス (携帯アドレス禁止)			
電話番号			
FAX 番号			

1) 入会の際には入会金と年会費が必要です。お振込み後に振込明細をお届けください。

詳細は下記をご覧ください。

<https://mspo.org/admission/index.html>

2) (定款第 11 条) 会員はいつでも退会することができる。ただし、理由を付した退会届を 1 ヶ月以上前までに本会事務局に提出しなければならない。