学会認定・アフェレーシスナース　更新辞退連絡票

学会認定・アフェレーシスナース更新手続きを行わない方は、下記のいずれかの方法で日本輸血・細胞治療学会 事務局までご連絡ください

1. 電　話：　03－5804－2611
2. E-mail：　aphenurse@ml.jstmct.or.jp
3. FAX　：　03－5804－2612
4. 郵送　：〒113-0033　東京都文京区本郷２－14－14　ユニテビル５階
   日本輸血・細胞治療学会内
   学会認定・アフェレーシスナース師制度係

・電話、E-mail の場合は、下記記入項目の内容をお知らせください.
・FAX または郵送の場合は、本紙下欄にご記入の上、本紙のみをお送りください.
（FAX の場合、送信票は不要ですので本紙のみ送信してください）

▲▼▲▼▲▼▲▼▲▼▲▼▲▼▲▼▲▼　切り取らないでください　▲▼▲▼▲▼▲▼▲▼▲▼▲▼▲▼▲▼▲

日本輸血・細胞治療学会事務局内
学会認定・アフェレーシスナース制度審議会　御中

私は今回の更新時期に際して更新手続きを行いません。

連絡日：西暦　　年　　月　　日

認定番号：　　（不明の場合は無記入で可）

氏名：

所属施設名：（既に退職された場合は、元職場名を御記入ください）

辞退理由：