

退 会 届

香川県臨床工学技士会会長 殿

平成 年 月 日

このたび下記理由により、香川県臨床工学技士会を退会いたしたく、
ご承認お願い申し上げます。

会員番号 No _____

氏名 ⑩	勤務先名
現住所（居住地） 〒 -	電話番号（ ） -
退会理由	

上記の退会届について全てご記入・ご捺印の上、郵便またはFAXにて事務局迄お送り
下さい。また、年会費が未納の場合、退会に際しては未払い分をお支払い頂きます。

送付先

香川県臨床工学技士会事務局

〒761-8023 香川県高松市鬼無町藤井435-1

キナシ大林病院 事務局

TEL: 087-881-3631

FAX: 087-881-3867