

退 会 届

(一社)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、一般社団法人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。

郵送先

一般社団法人 香川県臨床工学技士会事務局

〒 760-0018 香川県高松市天神前 4-18 KKR 高松病院内

TEL : 087-861-3261

FAX : 087-835-0793