

退 会 届

公益社団法人東京都診療放射線技師会 殿

公益社団法人日本診療放射線技師会 殿

会 員 番 号		
氏 名		印
氏名(かた)		
性 別		男性 ・ 女性
生 年 月 日		昭和 ・ 平成 年 月 日生
メールアドレス		
勤 務 先	勤 務 先 名	部署
	勤務先所在地	〒 ー
	電 話	
自 宅	現 住 所	〒 ー
	電 話	
問い合わせ先	勤務先 ・ 自宅	
退 会 理 由		
備 考		

私は、定款第8条により退会したくお願い申し上げます。

定款、規程に従い会費未納の場合、完納したうえで退会いたします。

令和 年 月 日

受 付
理事会承認
退会通知

令和 年 月 日
令和 年 月 日
令和 年 月 日

印
印