

退 会 願 (届)

公益社団法人 茨城県診療放射線技師会 殿

公益社団法人 日本診療放射線技師会 殿

会員番号	
氏名	
氏名 (カタカナ)	
性 別	男性 女性
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生
勤務先名	所属部署
勤務先所在地	〒 ー
勤務先電話番号	
現住所	〒 ー
電話番号	
問い合わせ先	勤務先 ・ 自宅
退会理由	
備 考	

私は、定款第8条により退会いたしたく申請申し上げます。

定款、規程にしたがい会費未納の場合には、完納したうえで退会いたします。

平成 年 月 日

受 付 : 平成 年 月 日

理事会承認 : 平成 年 月 日 印

退 会 通 知 : 平成 年 月 日 印