

賛助会員退会届

令和 年 月 日

一般社団法人島根県診療放射線技師会 会長 様

企業名 _____ ⑩

下記のとおり退会いたしますので届出します。

退会希望日	令和 年 月 日
-------	----------

ふりがな	
企業名	
ふりがな	
所在地	〒
	TEL: FAX:

ふりがな	
担当者名	
所属部署	
E-mail	@

*退会理由

.....

.....

.....

.....

.....

***当該年度の会費が未納の場合には退会手続きができません。**

提出先；一般社団法人 島根県診療放射線技師会 総務部
〒690-0332 島根県松江市鹿島町佐陀本郷 133 番地 2
E-mail；officesart@fuga.ocn.ne.jp Fax；0852 - 33 - 7451