

# 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

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

下記のとおり退会しますので届出します。

\* 該当する項目に☑をしてください。

退会事項	<input type="checkbox"/> JART、SART 共に退会	退会希望日
	<input type="checkbox"/> JART のみ退会 (SART は継続)	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> SART 退会 (県会員のみ選択可)	

ふりがな 氏名		生年月日		JART 会員番号					
------------	--	------	--	--------------	--	--	--	--	--

≪SART 会員のみ継続で勤務先等が変更する場合は以下の記載もお願いします≫

勤務先	ふりがな 名称 (部署まで)				
	ふりがな 所在地	〒	—	TEL	FAX
自宅	ふりがな 現住所	〒	—	TEL	FAX
	E-mail			@	

\*退会理由 (例:退職のため)

.....  
.....  
.....

**\*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

(20200401)