

# 退 会 届

公益社団法人 福井県診療放射線技師会会長 殿

下記の要綱にて退会いたします。

|  |          |
|--|----------|
| 申 請 日  | 令和 年 月 日 |
| 会 員 番 号  | No       |
| 氏 名  | 印        |
| 退 会 日  | 令和 年 月 日 |
| 退会理由   |          |
| <div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>                   |          |
| 会費納入実績   |          |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">令和 年度まで納入済み</div> |          |

\*必要事項をご記入の上、下記まで郵送もしくは FAX お願いいたします。

公益社団法人 福井県診療放射線技師会事務局

〒918-8223 福井県福井市河水町 14-30 TEL0776-57-0696 FAX0776-57-0699