

転出届

公益社団法人 福井県診療放射線技師会会長 殿

下記の要綱にて転出いたします。

申請日	平成 年 月 日
会員番号	No
氏名	印
転出日	平成 年 月 日
転出先技師会 _____	
転出先 勤務施設名 _____ 所属部署 _____	
	カ ナ
住所	〒 -
電話番号	- -
転出先 住所	
	カ ナ
住所	〒 -
電話番号	- -
転出理由	
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	
会費納入実績	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">平成 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

〒910-0851 福井県福井市米松 1 丁目 16-31 NT ビル 2 階

TEL0776-57-0696 FAX0776-57-0699