

賛助会員退会届

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
賛助会員名	
住所	
電話番号	
代表者氏名	印
会費納入	令和 年度まで納入済み

退会理由

--

退会決定

令和 年 月 日 退会承認 福井県診療放射線技師会会長 印

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

TEL0776-57-0696 FAX0776-57-0699