

退 会 届

長崎県臨床工学技士会 殿

平成 年 月 日 届出

(事務局記入欄) 平成 年 月 日 受理

このたび私は下記理由により、長崎県臨床工学技士会を退会いたしたく、ご承認宜しくお願ひ申し上げます。

日臨工会員番号

氏名 <small>フリガナ</small> <div style="text-align: right;">(印)</div>	勤務先名 <small>フリガナ</small>
現住所 <small>フリガナ</small> 〒 ー	
退会理由	

上記の退会届について全てご記入・ご捺印の上、郵送にて事務局までお送り下さい。
また、年会費が未納の場合、退会に際しては未払い分をお支払頂きます。

【郵送先】

〒850-0032 長崎市興善町 5-1

医療法人衆和会 長崎腎病院 臨床工学課 高木伴幸

TEL 095-824-1101

FAX 095-824-1181