

退 会 届

長崎県臨床工学技士会 御中

令和 年 月 日 届出
(事務局記入欄) 令和 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 _____

フリガナ

フリガナ

氏名 _____ ㊟ 勤務先 _____

フリガナ

〒 _____

現住所 _____

退 会 理 由	
------------------	--

上記の大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、退会に際して未払い分をお支払い頂きます。

【郵送先およびメール】

〒852-8511 長崎市茂里町 3 番 15 号

日本赤十字社長崎原爆病院 医療技術部 医療機器管理課 小柳 亮

TEL:095-847-1511 FAX:095-847-8036 Mail: ncet-jimukyoku@live.jp