

退 会 届

下記の理由により公益社団法人 石川県診療放射線技師会を退会しますのでここに届出いたします。

年 月 日

会員番号

氏名 印

① 退会年月日	年 月 日
② 退会理由	
③ 会費の納入状況 当年度分まで	納入済み 未納
*入退会等に関する規定により、退会時に当年度までの会費は完納してください。	
④ データ処理	処理年月日 年 月 日 担当者

上記、退会届により当該年度までの会費の完納を確認し、入退会等に関する規定により退会を承認する。

退会承認日 年 月 日

公益社団法人 石川県診療放射線技師会会長 森下 毅