

公益社団法人 東京都臨床検査技師会 退会届

私は、この度、都合により公益社団法人 東京都臨床検査技師会を
(西暦) 年 月 日をもって、退会します。

申込日 (西暦) 年 月 日

会員番号			
フリガナ			印
氏名			
生年月日	(西暦) 年 月 日		
連絡先	〒		
自宅・勤務先 ↑ いずれかに○	TEL FAX		
施設名			
所属部課名			

※ 以下は該当者のみご記入ください。

・2月1日～3月31日(郵送にて必着)までに退会届を提出された会員であること。

※ 前納された次年度会費を返金させていただきますので、以下に振込口座をご記入ください。

銀行名	銀行	支店名	支店
預金種目	普通(総合)・当座		口座番号
ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号
フリガナ			備考欄
口座名義			