

# 退会届

高知県臨床工学技士会会長 殿

令和 年 月 日

このたび下記理由により、高知県臨床工学技士会を退会いたしたく、ご承認  
お願い申し上げます。

会員番号 No

氏名 ⑩	勤務先名
現住所（居住地） 〒 —	電話番号（ ） —
退会理由	

上記の退会届について全てご記入・ご捺印の上、郵便または FAX にて事務局迄お送り下さい。  
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い頂きます。

送付先

高知県臨床工学技士会事務局

〒780-0066 高知県高知市比島町 4-6-22

島津病院 臨床工学科

TEL:088-823-2285 FAX:088-823-2290