

会 員 退 会 届

(公益社)福岡県診療放射線技師会
会長 中村 泰彦 殿

フリガナ
1. 氏 名 _____ 生年月日 昭・平 年 月 日

2. 会 員 番 号 _____

3. 退 会 年 月 日 平成 年 月 日

4. 退 会 時 の 勤 務 先

5. 入 会 年 月 日 昭・平 年 月 日

6. 当 該 年 度 会 費 納 入 済 み ・ 未 納 (退 会 を 申 し 出 た 日 の 当 該 年 度 ま で の 会 費 が 完 納 さ れ た 後 受 理 さ れ ま す 。)

7. 退 会 理 由

死亡の場合

死亡年月日 平成 年 月 日

病名 _____

8. 互 助 会 給 付 金 申 請 (餞 別 金) 申 請 す る ・ 辞 退 す る

(対象者は、福岡県診療放射線技師会在籍10年以上の会員です。)
(申請する場合は、互助会給付金申請書を一緒に提出してください。)

上記のとおり届けます。

平成 年 月 日

申請者 _____

印