退会届

一般社団法人　愛知県臨床工学技士会

理事長殿

　私は、このたび下記理由にて貴会を退会致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出日 |  |
| 氏名 |  |
| 愛知県臨床工技士会登録番号 |  |
| 日本臨床工学技士会登録番号 |  |
| 退会理由 |  |

※年会費未払いの場合は、年会費の支払い確認後とさせて頂きます。

提出方法：必要事項を記載後に下記にメール添付もしくはFAX、郵送して下さい。

一般社団法人愛知県臨床工学技士会　事務局

〒４６６－８６５０　愛知県名古屋市昭和区妙見町２－９

　　　　　　　　　　日本赤十字社愛知医療センター　名古屋第二病院　医療技術部内

　　　　　　　　　　一般社団法人愛知県臨床工学技士会　事務局

　　　　　　　　　　FAX:０５２－８３２－５３７５

　　　　　　　　　　e-mail: info@ai-ces.jpn.org