

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 | |
| 愛知県臨床工学技士会 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いただきます。

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

名古屋第二赤十字病院 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