

# 退会届

下記の理由により、公益社団法人愛媛県診療放射線技師会を退会いたしますのでここに申請いたします。

年 月 日

会員番号

氏名 印

公益社団法人愛媛県診療放射線技師会 会長殿

① 退会年月日	年 月 日
② 退会理由	
③ 会費納入状況 当該年度まで	納入済 未納
④ 施設名	
公益社団法人愛媛県診療放射線技師会 定款第7条及び第10条により、退会時に当該年度までの会費を納入してください。	
⑤ 愛媛県診療放射線技師会 データ処理	処理年月日 年 月 日 担当 印
⑥ 備考	

上記、退会届により当該年度までの会費の完納を確認したため、公益社団法人愛媛県診療放射線技師会定款第8条及び第10条により退会を承認する。

退会承認日 年 月 日

公益社団法人愛媛県診療放射線技師会

会長 印