

一般社団法人 富山県臨床工学技士会 退会届

一般社団法人 富山県臨床工学技士会 会長 殿

このたび、下記により 一般社団法人富山県臨床工学技士会を退会いたしたく、御了承願います。

【記入欄 (すべて記入してください)】

提出日	令和	年	月	日
届出日	令和	年	月	日 付
フリガナ				正会員番号
氏名	Ⓜ			- S
勤務先	施設名	所属		
	住所	〒		
	電話番号	()	-	内線 ()
退会理由	1. 県外勤務施設異動 (下欄に記入下さい) 2. 退職 【 定年 その他 】 (いずれかに○を。休会制度もあります) 3. その他 ()			
異動先		都 道 府 県	臨床工学技士会へ	
退会後の連絡先				

1. 未納の年会費は、「会員に関する細則第4条③」により全額納入願います。
2. 既納の入会金、年会費は、「会員に関する細則第4条③」により返還できません。
3. **上記を記入・捺印**の上、郵送で下記、事務局までお送り または 直接、お持ちください。
4. 異動先都道府県技士会および(公社)日本臨床工学技士会への手続きは、ご自身で願います。

一般社団法人富山県臨床工学技士会記入欄

(以下は、一般社団法人富山県臨床工学技士会が記入します。)

[受付日]	令和	年	月	日	一般社団法人 富山県臨床工学技士会	Ⓜ
[登録日]	令和	年	月	日	担当者	

《 送付、問い合わせ先 》

一般社団法人 富山県臨床工学技士会事務局
 〒930-0194 富山市杉谷 2630 番地
 富山大学附属病院 医療機器管理センター 内
 E-mail ; tce-office@umin-org