退　会　届

申請日：　　　年　　月　　日

一般社団法人 山形県放射線技師会 会長　殿

下記の通り 退会 を申し込みます。

□　一般社団法人 山形県放射線技師会　退会 会員番号：

□　公益社団法人 日本診療放射線技師会　退会 会員番号：

退会理由：

退会期日：　　　年　　月　　日 をもって退会します。

－ 申込者情報 －

フリガナ：

氏名： 　　　　　　　　　印

地区名： 庄内最上・村山・置賜

生年月日：　　　 　年　　月　　日

－ 現在の連絡先 －

施設名：

郵便番号：

施設住所：

電話番号：

内線：

－ 退会後の連絡先－

場所：　　自　宅　・　施　設

施設名：

郵便番号：

住所：

電話番号：

内線：

e-mail：