

# 退会申請書

内容

退会

発生年月日

令和 年 月 日

フリガナ

氏名

印

※捺印をお願いいたします。

会員番号

勤務施設名

当該年度  
会費納入状況

済み ・ 未納

〔退会を申し出た日の当該年度までの  
会費が完納された後受理されます。〕

連絡先  
電話番号

提出年月日

令和 年 月 日

退会の理由

給付金申請  
(餞別金)

対象者は、福岡県診療放射線技師会在籍10年以上の会員です。  
給付金申請に関する手続きはFARTホームページから申請ください。

※枠の中のみご記入下さい

令和 年 月 日

筑後地区診療放射線技師会

会長 梨子木 一高 印