

転出・退会届け

一般社団法人香川県診療放射線技師会 会長 殿

申請者	日本診療放射線技師会番号	
	香川県診療放射線技師会番号	
	現氏名	(印)
	現施設名	
	現連絡先	〒 TEL
	私は () 年度まで会費納入済みです。	

□転出願い

() 県に 年 月 日頃転入予定です。

() 県診療放射線技師会に加入いたします。

*新施設が決まっていない場合は自宅と記入してください。

*転入手続きの際に連絡先が必要になります。必ず記入して下さい。

□退会願い (理由:)

□ 日本診療放射線技師会および香川県診療放射線技師会

□ 日本診療放射線技師会

(香川県診療放射線技師会に引き続き所属される方は、会誌等の配送先をお教えてください)

(会誌等郵送先: 自宅 ・ 勤務先)

□ 香川県診療放射線技師会

・届出を提出した年度までの会費が完納していない場合は申請できない場合があります。

・プリントアウトして現事務局(施設)宛てに郵送してください。

(以下:事務局記載欄)

受付日	処理日	担当者