

退 会 届

徳島県臨床工学技士会々長 殿

令和 年 月 日 届出

会員番号 _____

氏名 _____

今般 _____ により

令和 年 月 日付退会いたしたいので御承認願います。

【送付先】

〒779-4401 徳島県美馬郡つるぎ町半田字中藪 234-1
つるぎ町立半田病院 診療支援部 臨床工学科 割石 宛

TEL 0883-64-3145 FAX 0883-64-3148

E-mail: jimukyoku@tokushimace.com

