日本消化器内視鏡技師会　退会届

このたび私は、＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　をもって

日本消化器内視鏡技師会を退会いたします。

申請日　＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

認定番号　　第＿＿＿＿＿＿号

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　印

連絡先住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

なお、退会に伴い日本消化器内視鏡学会認定の消化器内視鏡技師資格も喪失することを承知いたします

連絡先：
〒171-0021　東京都豊島区西池袋 3-22-15　大林ビル２F
一般社団法人　日本消化器内視鏡技師会
TEL　03-5992-1520　　FAX　03-5992-1521

本通知または別途書面をもって退会を受理いたします。郵送又は FAX でお送り下さい
註）連絡先住所等は確認が必要な場合に備えてのものであることをご承知おき下さい