

退会届

日本歯科技工学会事務局 行 (FAX : 03-3947-8341)

下記のとおり退会いたします。

ふりがな

お名前 : _____

会員番号 (記入は任意) : _____

●退会日につき、該当に○をご記入ください。

※会費未納がある場合、退会届の提出があっても未納分の会費請求は申し上げます。

() FAX もしくは郵送到着日をもって

() 会計年度末 (3月末日) をもって

() 指定日をもって

(指定日をご記入ください⇒ 年 月 日)

※指定日は未来日。過去日記載の場合は FAX 到着日とさせていただきます。

●連絡先

〒

TEL : _____