正会員休会届

一般社団法人　福岡県臨床工学技士会会長　殿

このたび私は下記理由により、一般社団法人福岡県臨床工学技士会を休会いたしたく、ご承認宜しくお願い申し上げます。

FCE会員No　　平成　　年　　月　　日

氏名　フリガナ ㊞	所属施設
現住所）フリガナ 〒　　－	電話番号･FAX （　　）　　－ （　　）　　－ E-mail
休会理由	

上記の休会届について全てご記入･ご捺印の上、郵便または FAX･E-mail にて事務局迄お送り下さい。また年会費が未納の場合、休会に際しては未払い分をお支払い頂きます。

事務局記載

受付日　　平成　　年　　月　　日
担当者 印

送付先
一般社団法人　福岡県臨床工学技士会事務局
〒820－8505　福岡県飯塚市芳雄町3－83
株式会社　麻生　飯塚病院　臨床工学部内
TEL：0948－43－8200
FAX：0948－43－8201
E－mail　info@fcet.or.jp