

平成 年 月 日

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 御中

平成27年度 年会費返金願

会員番号	
氏名	
自宅住所	
電話番号	
施設名	

このたび、平成 年 月 日付で貴会を退会申請しましたが、
平成27年度年会費が平成 年 月 日に引き落としされました。
以下の口座へ返金をお願いします。

銀行名	
支店名	
フリガナ 口座名義	
口座番号	

注) 返金の対象者は平成27年度開始前(平成27年3月31日)までに退会届けを提出し
受理された方のみ返金を受付します。