

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29年度 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29年度会費が平成 年 月 日に引落されました。
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) ・返金は平成29年度開始前(平成29年3月31日)までに退会届を提出し受理された方のみ受付します。

・返金は平成29年4月中旬以降、順次行います。