

(第4号様式)

退 会 届

令和 年 月 日

公益社団法人日本歯科衛生士会長 様

.....
氏 名

⑩

下記事由により、退会いたします。

.....
記

1 会員番号

.....

2 退会事由

.....

上記の者、本会から退会したことを証明します。.....

」

令和 年 月 日

歯科衛生士会長

印

(注) 退会者本人が署名した場合は、捺印は省略できます。

公益社団法人日本歯科衛生士会欄

退会年 度	年度	事務処理日	年 月 日
----------	----	-------	-------