（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　　㊞

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