平成　　　年　　　月　　　日

一般社団法人岐阜県臨床検査技師会　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　　日付けで、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返金します。

※返金は平成２９年度４月以降、順次行います。

**送信先　岐阜県臨床検査技師会　事務所FAX　058-213-0220**

**又は　e-mail：　giringi-office@giringi.jp**