

(第4号様式)

退 会 届

平成 年 月 日

公益社団法人日本歯科衛生士会長 様

氏 名 _____ (印)

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。

平成 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	平成	年	月	日
------	----	-------	----	---	---	---