

(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 .....<sup>印</sup>

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
------	----	-------	-------