

# 退 会 届

令和 年 月 日

公益社団法人鹿児島県歯科衛生士会長 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_