公益社団法人愛知県臨床検査技師会　　御中

# **令和　　年度　愛臨技年会費返金願**

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| 氏 名 |  |
| ⾃宅住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 施設名 |  |

この度、令和　　年　　月　　日付で貴会を退会申請しましたが、令和　年度会費が令和　　年　　月　　日に引落しされました。

以下の口座への返金をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 銀⾏名 |  |
| 支店名 |  |
| フリガナ⼝座名義 |  |
| ⼝座番号 |  |

注）返金は年度開始前日（3月31日）までに退会手続きを完了された場合のみ受付します。返金は手数料を除いた金額を4月中旬以降順次行います。

公益社団法人愛知県臨床検査技師会事務所　　E-mail：aamt@aichi-amt.or.jp

 FAX：052-586-5680

以下愛臨技事務所使用欄

愛臨技事務所受付日　　　　　 　　年　　月　　日

　退会確認日　　　　　 　　年　　月　　日

返金処理実施日　　　 　　　　年　　月　　日　（担当者　　　　）