

「細胞検査士賠償責任保険」 脱退届

※枠内全てにご記入いただき、郵送またはFAXにてご対応をお願いいたします。
(FAXをご利用の際は、送信面をご確認いただき裏表が逆にならないようお送りください。)

細胞検査士会 会員番号	C	T								記入日	年	月	日
										生年月日	年	月	日
加入者氏名	フリガナ 本人自署												
脱退希望年月	西暦 年 月末日で脱退												
連絡先	電話 : _____ メール : _____@_____ 注：ご連絡の際はPCからメールをお送りします。PCのメールが受信できるように設定をしてください。												

★本紙の到着を以て、脱退手続きに入らせていただきます。お電話で本紙をご用意いただいた段階では、脱退の意思表示となりませんのでご注意ください。

★脱退用紙到着後のご連絡は行っておりません。到着確認が必要な場合は、大変お手数ですがご連絡をお願いいたします。

★毎月 25 日までにご送付いただければ、その月の末日限りで脱退手続きをさせていただきます。(例:5 月末日で脱退希望の場合は 5 月 25 日必着でお送りください。)

◆返金先

銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協	本店 支店 出張所	預金種目		口座番号 (右づめ)													
		普通 1 当座 2															
ゆうちょ銀行	記号 (6桁目がある場合は※にご記入ください)					通帳番号 (右づめ)											
	1				0	※											
(フリガナ)																	
口座名義人																	

※必ず、フリガナのご記入もお願い致します。フリガナがない場合、振り込めないことがございます。
※勝手ながら、払戻金から送金手数料を差し引いた金額を送金させていただきますことをご了承ください。