

退会届 様式

平成 年 月 日

一般社団法人 石川県臨床工学技士会 会長 様

所属 _____

氏名 _____ 印

退会届

この度、貴会を退会したいので、下記のとおりお届けします。

記

1 退会年月日 年 月 日

2 退会理由

- a. 他県への転出
- b. 臨床工学技士業務からの離職
- c. その他

※ 他県への転出の場合、転出先等

他県にて、都道府県技士会に入会されない場合、自動的に（社）日本臨床工学技士会も退会となりますのでご注意ください。

様式第1号

一般社団法人石川県臨床工学技士会 理事・監事候補届

選挙の種類	理事・監事	自薦・推薦
-------	-------	-------

※ 理事・監事／自薦・推薦どちらかに○印を付けて下さい

フリガナ		生年月日	年 月 日生
立候補者 氏名	印	性別	男・女

フリガナ		生年月日	年 月 日生
推薦候補者 氏名	印	性別	男・女
フリガナ		生年月日	年 月 日生
推薦者 氏名	印	性別	男・女

<立候補者・推薦候補者>

現住所	〒 電話
勤務先	〒 電話
施設名	
所属	

立候補理由または推薦理由

届出年月日 平成 年 月 日

出張届

平成 年 月 日

一般社団法人 石川県臨床工学技士会 会長 殿

用務名	
出張先	
日程	出発日：平成 年 月 日（午前・午後）
	帰着日：平成 年 月 日（午前・午後）
用件	
交通手段 宿泊先等	

会員番号 _____

氏名 _____ 印 電話（ ） _____

役職名 _____

施設名 _____

<会計記載事項>

交通費詳細：

宿泊費詳細：

<会長記入欄>

交通費・宿泊費の

全額支給を認めます。

一部支給を認めます。（ 円の支給）

全額支給を認めません。

会長印	会計印	監査印	監査印

慶弔事項報告書

平成 年 月 日

一般社団法人 石川県臨床工学技士会 会長 殿

氏名 会員番号

住所 電話 () -

勤務先 電話 () -

適応事項の種類

結 婚	年 月 日	会場
	所在地	電話 () -
死 亡	年 月 日	会場
	所在地	電話 () -
備 考		

上記の事項が発生しましたので報告します。

施設連絡責任者または氏名 印

勤務先 電話 () -

以下は記入しないで下さい

祝 電	弔 慰 金	弔 花	弔 電	その他	計	備 考

会長印	会計印	監査印	監査印