

賛助会員退会届

公益財団法人福島県臓器移植推進財団
理事長 宛

申込日： 年 月 日

退会者名 (個人・団体・企業名)	
※担当者名 (団体・企業のみ)	
連絡先住所	
電話番号	
退会年度	_____年度をもって退会します
退会理由	

お問い合わせ・連絡先

(公財)福島県臓器移植推進財団

〒960-8670 福島県福島市杉妻町 2-16

福島県地域医療課内

TEL・FAX 024-521-9027 (平日 8:30-17:15)

PC mail f-jin-co@drive.ocn.ne.jp