

公益財団法人佐賀県臓器バンク

賛助会員退会届

令和 年 月 日

公益財団法人佐賀県臓器バンク  
理事長

様

団体名(氏名)

住所〒

ご担当者名

連絡先 TEL

このたび、

のため

佐賀県臓器バンク賛助会員を退会したいので、お届けいたします。

公益財団法人佐賀県臓器バンク

〒840-0054 佐賀市水ヶ江一丁目12番10号

メディカルセンタービル1F

TEL 0952-25-6101 FAX0952-25-6102

Email organbank@saga-zouki.or.jp