

公益社団法人愛媛県看護協会 退会届

申請日 年 月 日

私は、愛媛県看護協会を退会いたしたく、届け出いたします。

県看護協会 会員 No.		日本看護協会 会員 No.	
施設名	※退職されている場合は記入いただかなくて結構です。		職種 (✓を入れてください。) <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師
フリガナ	姓	名	性別 生年月日
氏名			男 西暦 女 年 月 日生 歳
自宅住所	(〒 -) TEL: - - ※内容についてお尋ねする場合がありますので、連絡先は必ずご記入ください。		
退会理由	差し支えなければ退会理由に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 休職 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 県外移動 <input type="checkbox"/> その他 ()		
送付物について	送付物 (研修案内・会報等) 不要の場合は、✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 送付物不要		
備考			

- ・会費納入後は原則、当該年度末の退会となります。
- ・本退会届は会員証とともに、下記事務局まで郵送してください。
- ・記載の個人情報は、退会手続きにのみ取扱いさせていただきます。

【退会届送付先】

公益社団法人愛媛県看護協会 事務局
〒790-0843 松山市道後町 2-11-14
TEL:089-923-1287

事務局処理欄			
受理日	R 年 月 日	R 済 (R . .) . 未	
申請日 (退)	R 年 月 日	円	
申請日 (返)	R 年 月 日	口 . 取 . 他	