

# 退 会 届

( 正会員 ・ 賛助会員 )

年 月 日

福島県医療ソーシャルワーカー協会長 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

退会前所属 \_\_\_\_\_

年 月 日付で貴協会を下記の事由にて退会致したく、ここにお届けいたします。

退会理由	
退会后 連絡先住所	
退会后 連絡先電話番号	

※退会時に会費未納がある場合は、会費の完納をお願い致します。

※退会后連絡先は、退会后に連絡の取れるところをご記入下さい。手続き等でご連絡させていただく場合がございます。