

退 会 届

FAX 不可

年 月 日

公益社団法人香川県看護協会 会長 様

下記のとおり、公益社団法人香川県看護協会から退会したいので届出ます。

退 会 日	<input type="checkbox"/> 即日退会 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 当該年度末（3月31日）退会		
施 設 名	<input type="checkbox"/> 個人会員 <input type="checkbox"/> 勤務先名：		
会 員 No.	県(6桁)： / 日本(8桁)：		
氏 名		生年月日	年 月 日
退会理由	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 産前産後休暇・育児休暇 <input type="checkbox"/> その他 ()		
住 所	〒	TEL： _____	
	市・郡	町・村	
会 員 証	<input type="checkbox"/> 同封 <input type="checkbox"/> 紛失 ※退会時は、会員証の返却が必要		

*公益社団法人日本看護協会の退会についても同様に本協会を通じて退会手続きをします。

*退会日を「当該年度末退会」を選択された場合、資料等は記載された住所にお送りいたします。

*定款細則第7条の定めにより、すでに納入している会費等については、返還いたしません。

看護代表者名 _____ (印)

【 提出先 】 〒769-0102 高松市国分寺町国分 152-4

公益社団法人香川県看護協会 庶務担当

勤務先で登録している場合は、看護代表者様へご提出ください。