

# 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"/> 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.	香川県看護協会(6桁)： 日本看護協会(8桁)：		
氏 名		生年月日	年 月 日
退会理由	<input type="checkbox"/> 退職 <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。

\*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。