

# 退 会 届

一般社団法人長野県医療ソーシャルワーカー協会会長 殿

届出年月日：令和 年 月 日

氏 名： \_\_\_\_\_

所属機関： \_\_\_\_\_

私は、この度下記の理由により退会したく、退会届を提出します。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

※ 退会するにあたり、今年度分までの会費を納入頂きます。

※ 会費を3年未納された場合は自動的に退会となります。

**退会届は組織担当宛に郵送又はFAXでお届け下さい。**

〒384-0012 小諸市南町2丁目2-27

介護老人保健施設こまくさ 支援相談員 仲亀 直希

TEL 0267-25-1770 (代表) FAX 0267-26-3035 (代表)

事務局記入欄	退会承認年月日： 令和 年 月 日
--------	-------------------