

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。

〒390-8505 松本市巾上9-26

松本協立病院 患者サポートセンター

医療ソーシャルワーカー 上條 彰子 宛て

FAX 0263-35-5338

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