

新潟県医療ソーシャルワーカー協会

# 退 会 届

新潟県医療ソーシャルワーカー協会 会長様  
退会の届出を行います。

令和 年 月 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

退会後の連絡先

住 所 〒 \_\_\_\_\_  
(カナ)

連絡先 TEL : \_\_\_\_\_ ( )

FAX : \_\_\_\_\_ ( )

E-mail : \_\_\_\_\_

退会理由 : \_\_\_\_\_

※ 退会承認をお届けする為、住所は必ず記載して下さい。  
また退会后、諸手続きで連絡が必要になる可能性もあります。  
電話・FAX・メールいずれか必ず1つは記載して下さい。  
退会理由につきましては今後の活動に生かしていきたいと思しますので、差支えのない範囲でご記入下さい。