

退 会 届

平成 年 月 日

愛知県医療ソーシャルワーカー協会 会長 様

退会希望者氏名 _____ 印 _____ ブロック

私は、貴協会の退会を希望致します。以下報告致します。

会員区分	正 会 員 ・ 賛 助 会 員	どちらかに をして下さい
フリガナ		
氏 名		
勤務先名 (施設名)		
勤 務 先 住 所	〒 -	
連 絡 先	TEL	FAX
自 宅 住 所	〒 -	
連 絡 先	TEL	FAX
退会理由	退職・その他 ()	
医療ソーシャルワーク従事年数	()年()ヶ月	

この文書は愛知県医療ソーシャルワーカー協会事務局にて理事会承認後2年間保管いたします。なお協会事務処理関係以外で利用することはありません。