

# 退 会 届

年 月 日

公益社団法人山形県看護協会会長 様

私は、下記により山形県看護協会および日本看護協会を退会いたしたく、届出いたします。

山形県看護協会 会員No.		登録職種	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准看
フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏 名	姓	名	西曆 生年月日 年 月 日
自宅住所	〒	TEL	
退会希望日	<input type="checkbox"/> 当該年度末（3月31日）をもって退会 <input type="checkbox"/> 退会届の山形県看護協会到着日をもって退会		
退会理由	<input type="checkbox"/> 退職（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 産休・育児休暇・休職 <input type="checkbox"/> 他県へ移動（移動先の都道府県看護協会に入会しない） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
会員証添付	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（紛失）		

※ 記載の個人情報は退会手続きのみに取扱いさせていただきます。

※ 永年会員証を同封し、ご郵送ください。

## 【送付先】

〒990-2473  
山形市松栄1-5-45  
公益社団法人山形県看護協会 総務課  
TEL023-685-8033