

# 退 会 届

年 月 日

福井県看護協会会長あて

会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

福井県看護協会会員番号 \_\_\_\_\_

所属(登録施設) \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

下記のとおり、公益社団法人福井県看護協会を  
退会しますので、届出します。

## 記

該当する項目を○で囲んでください

<b>1</b>	<b>退会理由</b> ①退職    ②転居    ③自己都合    ④死亡 ⑤その他 ( )
<b>2</b>	<b>会員証の有無(永年会員証は返却が原則です)</b> ①有り    ②無し(理由: )
<b>3</b>	<b>退会希望日</b> ①退会届提出日    ②当該年度末(3月31日)

これまで当協会をご支援いただき心より感謝いたします

定款(第11条)により既納の年会費等は返還できませんのでご了承下さい

施設所属の方は貴施設代表者を通じてご提出ください

福井県看護協会受付日	年 月 日
日本看護協会申請日	年 月 日

【ご不明な点はお問合せください(TEL)0776-54-7103】