

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
又は 日本看護協会 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。

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

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下さい。

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