

退会届（個人・団体会員共通）

一般社団法人 千葉県医療ソーシャルワーカー協会 会長 様

貴会からの退会を届け出ます。

年 月 日

氏名 _____

会員No. _____

【退会理由】 ○をつけてください。

1. 退職による
2. 部署異動による
3. その他（具体的に _____ ）

退会後の連絡先（退会に伴う手続きにのみ使用いたします。必ずご記入ください。）

自宅	住所	〒 _____
	TEL	_____
	FAX	_____
勤務先	所属機関名 (法人名を明記して下さい)	_____
	住所	〒 _____
	TEL	_____
	FAX	_____
	e-mail	_____
	部署	_____
	役職	_____
職名	_____	

その他 連絡事項があれば記載してください。

一般社団法人 千葉県医療ソーシャルワーカー協会

送付先 〒284-0043 四街道市めいわ3-16-8

医療法人社団まごころ 四街道まごころクリニック 作田麻子

電話 043-309-8261（代表） FAX 043-309-8262