

# 公益社団法人愛媛県看護協会 退会届

申請日 平成 年 月 日

私は、愛媛県看護協会を退会いたしたく、届け出いたします。

県会員 No.		日本看護協会会員 No.		
施設 No.		施設名		
フリガナ	姓	名	性別	生年月日
氏名			男 女	西暦 年 月 日生
自宅住所	( 〒    —    )    TEL:    —    —			
	※内容についてお尋ねする場合がありますので、連絡先は必ずご記入ください。			
備考				

- ・ 特にご希望のない限り、退会日は当該年度末となりますが、送付物の停止を希望される場合は備考欄にご記入ください。
- ・ 本退会届は会員証とともに、下記事務局まで郵送してください。
- ・ 記載の個人情報、退会手続きにのみ取扱いさせていただきます。

公益社団法人愛媛県看護協会 事務局  
〒790-0843 松山市道後町 2-11-14  
TEL: 089-923-1287

事務局処理欄				
受理日	平成	年	月	日
処理日	平成	年	月	日