

高知県医療ソーシャルワーカー協会

退 会 届

高知県医療ソーシャルワーカー協会会則第二章会則規定に基づき、下記の通り退会を届けます

年 月 日

高知県医療ソーシャルワーカー協会

会長 _____ 殿

都合により 年 月 日を
もって

高知県医療ソーシャルワーカー協会を退会します。

勤務先名

氏 名

印

連絡先〒

電 話

会員種別：正会員・準会員・学生会員・賛助会員

※1、理事会にて退会届確認の上、退会受理といたします。
※2、年会費未納の場合は退会年度分(過年度分含む)を必ず入金して当該届出を提出下さい。