

退会／保留 届

記入日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 保留	次年度継続の保留を希望 継続の有無が決定次第必ずご連絡ください		
<input type="checkbox"/> 退会	退会希望	① 平成 年 月 日付の即時退会	
	どちらかを選択→	② 平成 年度末日 (3月末日まで)	

※次年度以降及び次年度のみ継続を希望されない方は退会となります。

※年度途中の退会でも会費の割り戻しは致しません

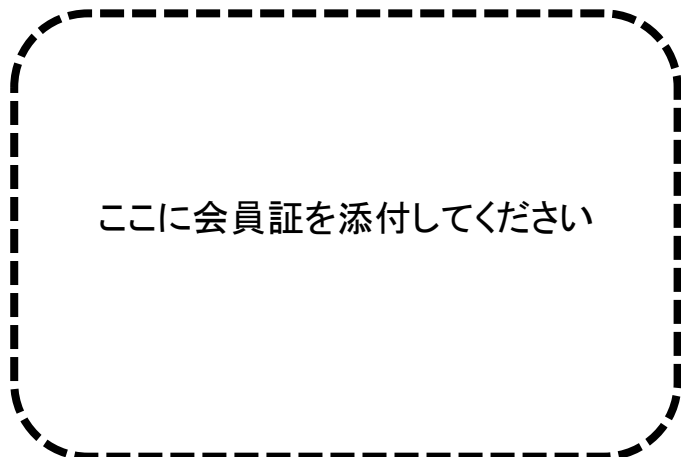
ふりがな	生 年 月 日		
氏名	印	大正	年 月 日
県会員番号		昭和	
		平成	
自宅住所			
連絡先電話No.			
備 考			
よろしければ下記事項に該当するものがあれば☑をお願いします。			
<input type="checkbox"/> 勤務先を退職し就業していない	<input type="checkbox"/> 今後、看護職として働かない		
<input type="checkbox"/> 定年退職で就業しない予定	<input type="checkbox"/> 産休・育休中につき一時退会		
<input type="checkbox"/> 入会しているメリットを感じない	その他()		

退会希望日までに期間があり、会員証を必要とされる方は、きりとり線より上のみ熊本県看護協会へお送りください。 退会日以降になりましたら会員証添付し下記へお送りください。

-----きりとり-----

会員証を紛失された方は☑→

会員証添付欄



郵送先

〒862-0901
 熊本市東区東町3-10-39
 熊本県看護協会
 会員管理担当係