

宮城県看護協会退会届

年 月 日

公益社団法人宮城県看護協会

会長 石井 幹子 様

下記の通り、宮城県看護協会および日本看護協会を退会いたしたく、お届けいたします。

記

1. 氏 名 _____
2. 住 所 _____
3. 電話番号 _____
4. 宮城県看護協会会員番号 _____
(会員番号が不明な場合は生年月日をご記入ください)

退会希望日	<input type="checkbox"/> 今年度末をもって退会します ※郵送物は今年度末（3月31日）まで送付となります。 <input type="checkbox"/> 退会届の到着日をもって退会いたします。
退会理由 (1つのみ選択)	<input type="checkbox"/> 退職（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 産後・育児・介護休暇等の休職 <input type="checkbox"/> 他県に移動（移動先の都道府県看護協会に入会しない） <input type="checkbox"/> 協会を活用できない、会費を納めるのが難しい 等 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
会員証添付	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（紛失）

※ 記載の個人情報は退会手続きのみに取扱いさせていただきます。

※ 年度途中の退会の場合でも、会費の返還はありません。（定款第11条）

※ 退会届提出後、しばらくの間郵便物が届くことがあります。ご了承ください。

以上

送付先：980-0871

仙台市青葉区八幡 2-10-19

公益社団法人宮城県看護協会 会員管理担当