

退 会 届

宮崎県医療ソーシャルワーカー協会会長 殿

この度、貴協会を退会したいので、下記のとおり提出いたします

氏 名	
所属先住所	〒
所属先名	
退会年月日	令和 年 月 日

注)

1. 年会費の未納がある場合は退会できません。事前にお支払いを済ませてから届出の提出をお願いします。その場合は、納入日が退会日となります。
2. 定期総会の開催をもって新年度とみなします。よって、総会開催以降に退会を希望する場合は当該年度の年会費が発生しますのでご注意ください。

令和 年 月 日
氏名 印