

退会届

愛媛県医療ソーシャルワーカー協会 会長殿

この度、私は愛媛県医療ソーシャルワーカー協会を退会いたしたく
当届出書によって申し入れます。

届出年月日	平成 年 月 日	所属機関	
フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日
連絡先住所	〒		
連絡先電話番号		連絡先FAX番号	
退会理由	○をお付けください。 ・身体的理由 ・結婚、妊娠、育児、介護等 ・職場の退職（年 月 日付け） ・SW職からの離職 ・その他（ ）		

※退会希望日の7日前までに届け出てください。
特別な事情なく届出が遅れた場合は、届出日の属する年度の会費は納付いただきます。

※退会届受理後、翌月会報に掲載します。

*帰納の会費は返還いたしませんのでご了承ください。

*未納なし・あり（5,000円 内訳 1年分×5,000円）

事務局使用欄	会長使用欄	理事会承認欄
受付【日付 / 】	処理【日付 / 】	処理【日付 / 】

愛媛県医療ソーシャルワーカー協会

事務局〒791-8555 松山市六軒家町4の20

おおぞら病院 地域連携室内

TEL:089-989-6607(直通) FAX:089-989-6619(代表)

E-mail: info@dojinkai.jp