

退 会 届

申 請 日	年 月 日	
東京都看護協会会員番号		
日本看護協会会員番号		
フリガナ		
氏 名	姓	名
施 設 番 号		
勤務先名称		
勤務先住所	(〒 -)	
自宅住所	(〒 -)	
連絡先電話番号		
退会希望日 ※どちらかにチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 当該年度末(3月31日)をもって退会いたします。 <input type="checkbox"/> 退会届の到着日をもって退会いたします。	
退職理由 ※いずれかにチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 退職のため (退職日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 他県へ移動のため <input type="checkbox"/> 産休・育児休暇・休職等 <input type="checkbox"/> その他 ()	

《会員証について》

- ◆永年会員証は各自で破棄してください。
- ◆再入会の場合は再発行いたします。
- ◆他県へ移動する方は移動先の県で発行されますので東京都看護協会の会員証は破棄してください。

《退会届の送付先》

〒160-0023
 東京都新宿区西新宿4-2-19
 公益社団法人東京都看護協会
 事業部会員係