

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	生年月日（西暦）
氏 名	年 月 日
自宅住所	(〒 -)
連絡先電話番号	
退会希望日	<input type="checkbox"/> 当該年度末(3月31日)をもって退会いたします。 ※郵送物は当該年度末(3月31日)まで送付となります。
※どちらかにチェックしてください。	<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	<input type="checkbox"/> 退職・定年退職のため（退職日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 他県へ移動のため <input type="checkbox"/> 産休、育休、妊活、病气療養・介護休暇等 <input type="checkbox"/> 年会費が高く金銭的に負担のため <input type="checkbox"/> 研修受講や賠償責任保険等の利用がなくメリットがないため <input type="checkbox"/> 海外留学・海外転居等 <input type="checkbox"/> 進学等 <input type="checkbox"/> 勤務形態変更・部署異動・転職等 <input type="checkbox"/> 他団体へ入会する(他団体名：) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()
※いずれかにチェックしてください。	

《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 宛

※郵送料はご負担をお願いいたします