

【東京都看護協会 会員専用】
東京都看護協会・日本看護協会

退会届

申請日	年 月 日	
東京都看護協会会員番号		※他県会員の受付不可(所属の道府県で要申請)
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)	
※いずれかにチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 他県へ移動のため	
	<input type="checkbox"/> 産休、育休、妊活、病気療養・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 ()	

《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

※郵送代はご負担をお願いいたします

【協会使用欄】

施設No.	当年度年会費 ¥	<input type="checkbox"/> 座振替 銀行振込 コンビニ収納 施設とりまとめ クレジットカード決済	納入済	未納入
	翌年度年会費 ¥	<input type="checkbox"/> 座振替 銀行振込 コンビニ収納 施設取りまとめ	納入済	未納入