

【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・電話番号	(〒 - ) TEL: ( )
連絡先メールアドレス	@
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"/> 1. 退職・定年退職のため(退職日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2. 他県へ移動のため <input type="checkbox"/> 3. 産休、育休、妊活、病気療養・介護休暇等 <input type="checkbox"/> 4. 年会費が高く金銭的に負担のため <input type="checkbox"/> 5. 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"/> 6. 海外留学・海外転居等 <input type="checkbox"/> 7. 進学等 <input type="checkbox"/> 8. 勤務形態変更・部署異動・転職等 <input type="checkbox"/> 9. 他団体へ入会する(他団体名: ) <input type="checkbox"/> 10. 死亡 <input type="checkbox"/> 11. その他( )
※いずれかにチェックしてください。	

《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 会員係 宛

※郵送料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) 年会費 ¥	口座振替 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) 年会費 ¥	口座振替 コンビニ収納	銀行振込 施設とりまとめ	納入済 未納入