

年 月 日

一般社団法人日本医療保育学会事務局 担当者様

退会願

退会を希望しますので、受理いただけますようお願いいたします。

氏名 _____ (会員番号 _____)

住所 〒 _____

電話 _____

Email _____ @ _____

所属先 _____

退会理由 _____

退会日 _____ 年 3 月末日 (西暦表記してください)

本年度までの年会費を納金し、次年度より退会いたします。

退会届送付先 ※変更しています!

〒173-8602 東京都板橋区加賀 1-18-1

東京家政大学 子ども保健研究室付

一般社団法人日本医療保育学会事務局