　　　　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！

〒321－0152　栃木県宇都宮市西川田町7-1-2

こらぼワーク（とちぎ労働福祉事業団）内

　　一般社団法人日本医療保育学会事務局