

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