

社団法人日本医療社会事業協会

退 会 届

協会受付	会長印	受理採決日

会 員 番 号	
会 員 氏 名	

年 月 日

届出人氏名 _____ 印

続柄 (_____)

届出人住所 _____

届出人電話番号 _____ (_____)

退会届は、会員証（紛失した方は、必ず通信欄にお書きください）と一緒に郵便で提出ください。

通 信 欄

--