

退 会 届

協会受付	会長印	受理採決日

会 員 番 号		会 員 氏 名	
退 会 理 由 * <input type="checkbox"/> にチェックし 該当欄にご記入 下さい	<input type="checkbox"/> MSWを継続する方…退会理由に当てはまるものを選択してください（複数回答可） <input type="checkbox"/> 職能団体に所属する必要を感じない <input type="checkbox"/> 他の職能団体に所属しておりそれで十分と感じる（職能団体名： _____） <input type="checkbox"/> 会費が高い <input type="checkbox"/> 研修受講する必要がない <input type="checkbox"/> 受講したい研修がない <input type="checkbox"/> 業務多忙で研修等に参加できない <input type="checkbox"/> 研修開催地が遠方である <input type="checkbox"/> 協会ニュースの情報が不十分と感じる <input type="checkbox"/> 「医療と福祉」の情報が不十分と感じる <input type="checkbox"/> ホームページの情報が不十分と感じる <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
	<input type="checkbox"/> MSWを継続しない方…以下(1)(2)にご回答ください (1) MSWでなくなる理由に当てはまるものを1つ選択してください <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 異動 <input type="checkbox"/> 休職・休業 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） (2) (1)の具体的な理由に当てはまるものを選択してください（複数回答可） <input type="checkbox"/> 給料 <input type="checkbox"/> 仕事内容 <input type="checkbox"/> 家庭の事情（結婚・育児・介護等） <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> ハラスメント <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
MSW経験年数	退会時までの MSW 経験年数をご記入ください (_____) 年 (_____) か月		

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