

年 月 日

(一社) 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会 会長殿

## 退 会 届

このたび、下記の理由にて、 年 月 日付で退会いたしたく届けます。

会員 ID	
所属施設	
氏 名	フリガナ
	印
退会理由	

\*会費の納入はお済みでしょうか？

未納となっている年会費は退会となっても支払義務があります。

未納の方は、早急に下記口座までお振込みください。

理事会承認		年	月	日
退 会				
会 長	庶 務	会 計	会 費	
			済・未	

年会費 正会員 7,000 円 準会員 5,000 円

振込先

ゆうちょ銀行 口座番号 00290-2-84168

名義 社) 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会

ゆうちょ銀行 ○二九支店 当座 0084168

名義 社) 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会