

一般社団法人 沖縄県介護支援専門員協会  
退 会 届

一般社団法人  
沖縄県介護支援専門員協会 会長 殿

私は、沖縄県介護支援専門員協会の退会を希望しますので、  
届け出いたします。

届 け 出 年 月 日	平成 年 月 日
会 員 氏 名	印
会 員 番 号	
住 所	〒 -
電 話 番 号	- -
※ 会 員 種 別	正会員 ・ 特別会員 ・ 賛助会員
事 由	

※ 会員種別は、当てはまるものに○をつけて下さい。

ご提出先FAX番号 098-887-4834
---------------------------

会 長	事務局長	担当者