

(様式第3号)

退 会 届

届出年月日 年 月 日

一般社団法人
沖縄県介護支援専門員協会 行
(FAX: 098-887-4834)

私は、沖縄県介護支援専門員協会を 年 月 日付で退会し、下記の通り届けます。 ※下線部日付が空欄の場合には受理日をもって退会といたします。

※会員種別は、当てはまるものに○をつけて下さい。

会員種別	正会員 ・ 特別会員 ・ 賛助会員
ふりがな 氏 名	印
沖縄県介護支援 専門員協会 会員番号	
支 部 名	
住 所	〒 —
電話番号	— —
事 由	※よろしければ退会理由をご記入願います。

※年度途中で退会した場合であっても、年会費の返金はいたしません。予めご了承ください。
※当該年度の1月末までに退会届の提出がない者は、自動継続となり、2月に会費口座振替を行います。
前納した年会費については返金いたしませんので、ご了承ください。

※事務局確認欄

会員システム	支部名簿	支部メール	日本協会

【お問合せ先】 一般社団法人 沖縄県介護支援専門員協会 TEL : 098-887-4833