

群馬県看護協会・日本看護協会 退会届

すべての項目にご記入ください。

記入日	20 年 月 日				
群馬県看護協会会員番号				登録職種（該当に○）	保・助・看・准
氏 名					(旧姓)
フリガナ					
生年月日	西暦 年 月 日				
登録施設名（所属施設）					
TEL (日中連絡の取れる番号)					
現住所	〒				
退会希望日	希望の退会日に○を付けてください。 1. 入会年度末（3月31日）をもって退会を希望します。 2. 退会届の群馬県看護協会到着日をもって退会を希望します。				
退会理由	退会理由に○を付けてください。 その他を選んだ方は、具体的にご記入ください。 1. 施設の退職のため 2. 産育休・休職等 3. 進学等 4. その他（ ）				
退職される方のみ 今後について	群馬県ナースセンター（看護師等無料職業紹介所）より情報を送付して、よろしいですか。いずれかに○を付けてください。 1. 希望する 2. 希望しない。 ※1の場合、群馬県ナースセンターへ住所等を提供いたしますので、ご了承ください。				

返却する会員証を貼り付けてください。

会員証紛失（返却不能の場合チェック☑してください）

- ※ 記載の個人情報は退会手続き関係のみ使用します。
- ※ 年度途中の退会の場合でも、会費の返還はありません。
- ※ 退会手続き完了のお知らせはありませんので、ご了承ください。
- ※ 退会届提出後、しばらくの間郵送物が届くことがあります。ご了承ください。

【退会届送付先】

〒371-0007 前橋市上泉町 1858-7
公益社団法人群馬県看護協会 会員管理担当宛
※郵送代はご負担をお願いいたします。