

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	登録職種（該当に○） 保・助・看・准
氏　名	<input type="text"/>						(旧姓)
フリガナ	<input type="text"/>						
生年月日	西暦 年 月 日						
登録施設名（所属施設）	<input type="text"/>						
TEL （日中連絡の取れる番号）	<input type="text"/>						
現住所	〒 <input type="text"/>						
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○をつけてください。 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（ <input type="text"/>)						
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○をつけてください。 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。