

日本看護協会・新潟県看護協会

退 会 届

西曆 年 月 日

ふりがな		生年月日			
氏 名	印	西曆	年	月	日
県会員番号					職種 保・助・看・准
所属施設名					
所属施設住所 (個人会員の場合 は自宅住所)	〒				
	TEL				
退会希望日	西曆 年 月 日付 注) 1 年度途中の退会でも会費等の割り戻しは致しません。 2 次年度の継続をしない場合は、次年度の西曆△△年4月1日と ご記入ください。				
会員証添付	あり ・ なし(紛失)				
備 考					

※ 記載の個人情報退会手続きのみに取扱いさせていただきます。

※ 会員証を添えて新潟県看護協会へ郵送してください。(FAX 不可)

送付先
〒951-8133
新潟市中央区川岸町 2-11
公益社団法人新潟県看護協会
会員登録係 宛