

退 会 届

西暦 年 月 日

ふりがな							生年月日			
氏 名	印						西暦	年	月	日
県会員番号							職種	保・助・看・准		
所属施設名										
現在、上記施設に (該当に○印)	1 勤務している (年 月 日迄) 2 勤務していない 3 その他 ()									
所属施設住所 (個人会員の場合 は自宅住所)	〒									
	Tel									
退会希望日	西暦 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、次年度の西暦△△年4月1日と ご記入ください。									
会員証添付	あり ・ なし(紛失)									
退会理由	1. 退職のため 2. 産・育休のため 3. 県外転居のため 4. その他 ()									

- ※ 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)

【注意事項】

- ※ 施設を退職後、次の勤務先が決まっている、もしくは個人会員希望の場合はこの様式の提出は不要です。「会員データ変更届」をご提出ください。
- ※ 会費納入方法が口座振替の場合、**毎年2月27日**(金融機関休業日の場合は翌営業日)に次年度の年会費が引落としされますので、**12月20日**までに必ず郵送してください。
- ※ 翌年度の会費納入後、本退会届を3月31日(消印有効)までに新潟県看護協会を受付けた場合に限り、**振込手数料を差し引いて返金**とさせていただきます。
4月1日以降の消印の場合、すでに納入済みの会費は返金できません。

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
 Tel : 025-265-1225