

<申請日> 年 月 日

長崎県看護協会・日本看護協会
退 会 届

◆退会希望日(いずれかに☑してください)

<input type="checkbox"/> 退会届の長崎県看護協会到着日をもって退会を希望します。(年度途中で退会)
<input type="checkbox"/> 西暦 年 3月 31日をもって退会を希望します。(年度末で退会)

施設 No.	長 崎 県 会 員 No.	日 本 看 護 協 会 会 員 No.	免 許 区 分
			<input type="checkbox"/> 保 健 師
フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 助 産 師
氏 名	姓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 看 護 師
	名		<input type="checkbox"/> 准 看 護 師
	生 年 月 日 (西 暦) 年 月 日生		
勤務先 名 称	※非就業者の方は記入不要です。		
自 宅 住 所	〒 TEL		
退会理由	<input type="checkbox"/> 退職・退職予定 (退職(予定)日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> 雇用形態の変更(パートなど) <input type="checkbox"/> 他県への移動 <input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※記載の個人情報は退会手続きにのみ取扱いさせていただきます。

※定款第12条により前納された年会費等は返還できませんのでご了承ください。

※施設に所属の方は、施設会員代表者へ退会の旨、ご連絡をお願いいたします。

◆提出先(郵送・持参のみ)

〒854-0072
諫早市永昌町23-6
公益社団法人 長崎県看護協会 会員担当宛
TEL 0957-49-8050

看護協会確認欄

--