

退会届

西暦 年 月 日

退会を希望する協会(協議会)の番号に○を付けて下さい。(必須)

1. いわきケアマネ協会 ※地域協議会名を入力してください。
2. 福島県介護支援専門員協会 ※1の入会が必要。
3. 日本介護支援専門員協会 ※2の入会が必要。

私は、貴会を退会致したく下記のとおり届け出ます。

| | |
|---|---|
| 退会年月日 | 西暦 年 月 日 |
| 会員種別 | <input checked="" type="radio"/> 正会員 ・ <input type="radio"/> 賛助会員 |
| 介護支援専門員 登録番号 | |
| 氏名(フリガナ) | |
| 氏名(漢字) | |
| 住所(自宅) | 〒 — |
| 自宅TEL(市外局番～) 又は 携帯電話 | |
| 地域変更 <small>※地域変更に伴う退会 の場合は、こちらもご記 入ください</small> | 所属地域の変更()協議会から→()協議会へ変更 └ 今年度の県協会費[及び日本協会費]は()協議会で 支払い済み ・ 支払い予定 ※地域変更をされる方は現所属地域に「退会届」を提出後、速やかに、新たに所属する地域 協議会へ「入会申込書」を提出してください。 |
| 備考 | |

提出先→ 【いわきケアマネ協会】
FAX 0246-22-6625

| 日本 | 県 | 地域 |
|----|---|----|
| / | / | / |
| | | |