

送信先FAX：050-3512-3312

退会届

愛媛県医療ソーシャルワーカー協会 会長殿

この度、私は愛媛県医療ソーシャルワーカー協会を退会いたしたく
当届出書によって申し入れます。

届出年月日	年 月 日	所属機関	
フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日
退会后 連絡先住所	〒		
連絡先電話番号			
退会理由	○をお付けください。 ・身体的理由 ・SW職からの離職 ・職場の退職（年 月 日付け） ・その他（ ） ・結婚、妊娠、育児、介護等		

※退会希望日の7日前までに届け出てください。
特別な事情なく届出が遅れた場合は、届出日の属する年度の会費は納付いただきます。

※退会届受理後、会報に掲載します。

*帰納の会費は返還いたしませんのでご了承ください。

未納なし・あり（5,000円 年分）

事務局使用欄	会長使用欄	理事会承認欄
受付【日付 / 】	処理【日付 / 】	処理【日付 / 】

愛媛県医療ソーシャルワーカー協会 事務局

FAX:050-3512-3312

E-mail: ehimemsw@gmail.com