

石川県医療ソーシャルワーカー協会

# 退 会 届

会長印	担当理事印	事務局受付	受理採決日

会 員 名	
所 属 名	

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

※退会される理由をご記入下さい。