

# 兵庫県医療ソーシャルワーカー協会退会届

20 年 月 日

兵庫県医療ソーシャルワーカー協会会長 様

会員番号

会員氏名

自宅住所 〒 ー

電話番号

(退会後に連絡が付き番号を記載ください)

規約第9条にもとづき、兵庫県医療ソーシャルワーカー協会を退会したくお届けいたします。  
また、未納分の年度会費がありました場合には、直ちに納入いたしますので、  
お手続きいただきますよう、よろしく願い申し上げます。

記

## 【退会日】

20 年 月 日付 退会

以上

- ※ 退会されますと協会ニュースに氏名を掲載いたします。ご承知おきください。
- ※ 原則として、退会日前までに提出ください。  
尚、やむを得ず退会日以降となる場合は、退会日より2週間以内に提出ください。

---

## 【以下、協会記入欄】

・年度会費納入状況 20 年 月 日付 納入済み ・ 会費未納

確認者

印