

日本慢性看護学会 御中

FAX : 03-5981-9852

住所 : 〒170-0002 東京都豊島区巢鴨 1-24-1-4F

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

退 会 届

届出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(フリガナ) 氏 名		会員番号	
生年月日	年 月 日		
連絡先	住所 : 〒 TEL : FAX : E-mail :		
退会日	<input type="checkbox"/> 今年度末 (3月31日付) にて退会 <input type="checkbox"/> 即日退会 ※当てはまる日付に☑を付けてください。 なお、過去に遡って退会することはできませんので、ご了承ください。		
退会理由			
通信欄			

本学会の会計年度は4月1日～翌年3月31日です。当該年度の年会費が未納の場合は、納入が必要となります。

事務局記入欄

会員区分	受付日
評議員 ・ 委員 ・ 一般	年 月 日