

送付先：FAX097-575-1154（大分県医療ソーシャルワーカー協会事務局宛）

一般社団法人 大分県医療ソーシャルワーカー協会
正 会 員 退 会 届

年 月 日

大分県医療ソーシャルワーカー協会長 殿

今回下記理由により貴会退会を申し出ますのでよろしくお願い致します。

《退会理由》

.....
.....
.....

所属先 _____

会員氏名 _____ 印

連絡先 (TEL) _____