**退会届**

**一般社団法人**

**日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会　会長　様**

**年　　　月　　　日をもって、貴会を退会いたします。**

**記**

**会員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**所　　属**

**メールアドレス**

**退会理由**

**今後の運営の参考としますので、退会理由をお聞かせください**

**退会後の連絡先（退会届の受理に関してご連絡しますので、必ずお手元に文書の届く住所を明記ください）**

〒

※日付記入欄には退会希望日をご記入ください。

①年度末で退会する場合は、その年度の3月31日としてください。

②年度途中で退会する場合は、退会を希望される日付としてください。

※退会を希望される年度までの会費が未納の方は、会費納入後に退会処理となります。

**退会届提出後、メールによるご提出の場合は一週間以内に、郵送によるご提出の場合は１０日以内に、担当者からメールにて受理した旨の連絡をいたします。もし、担当者から受理の連絡がない場合は、恐れ入りますが、協会事務局にご連絡ください。**

**【連絡先】独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター内　医療福祉相談室 TEL　046-848-1550**

　　　　　　　　　　　　　　　　　事務局使用欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　理 | 会費確認 | 承　認 | 退会処理 | 通　知 |
|  |  |  |  |  |