

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

