退　会　届

北海道医療大学看護福祉学部学会　理事長　殿

　このたび、北海道医療大学看護福祉学部学会会則第5条3にしたがい、 退会届を提出いたします。

退会日：　　　　　年　　　月　　　日

会員番号：

会員氏名：

連絡先住所：〒

退会理由（任意）：

注）・自宅住所を必ずご記入ください。

・会員番号は学会誌発送時の封筒に印字しています。

・既納の会費は、原則として返還いたしません。

【送付先】

北海道医療大学看護福祉学部学会事務局

〒061-0293 北海道石狩郡当別町金沢1757

MAIL: nsgakkai@hoku-iryo-u.ac.jp

TEL／FAX：0133－23－3489

----------------------------------------------------------------------------------------------------------[事務局記入欄]

|  |  |
| --- | --- |
| 会員コード |  |
| 整理番号 |  |
| 事務局受付 | 年　　　月　　　日 |
| 備考 |  |