

退 会 届

一般社団法人 京都医療ソーシャルワーカー協会 会長 様

届出日 年 月 日

(ふりがな) 氏 名	
所属機関名	
退会後の連絡先	※退会手続きに伴う連絡のみに使用致します。必ず電話番号、メールアドレス両方ご記入下さい。 TEL: メールアドレス:
退会の理由 (あてはまる番号に ○を付けて下さい)	1. 職場を退職するため 2. 部署異動するため 3. その他(理由)
協会への通信欄	

※下記は記入しないで下さい。

受理	会費確認	名簿削除	メール削除
/	/	/	/

◇送付先

〒603-8151 京都市北区小山下総町27

京都鞍馬口医療センター 医療福祉相談室・がん相談支援室

TEL:075-441-6101(代表) FAX:075-441-6114(直通)