

↑ 送付先 FAX : 075-366-3334

特定非営利活動法人 地域医療・介護研究会 JAPAN  
理事長殿

## 退会届

この度、特定非営利活動法人 地域医療・介護研究会 JAPAN を退会したく、退会届を提出いたします。  
退会に際して、この法人の活動に参加し知り得た機密情報は、退会後も第三者に開示・漏洩いたしません。

申請日	年 月 日	
退会年月日	年 月 日をもって退会します。	
会員種別	*会員種別に○印をつけてください	
	個人賛助会員	団体賛助会員
氏名	フリガナ お名前	(団体名 : )
会社名 病院名等	(フリガナ : (病院・会社名等 : (部署名 : (役職 :	(担当者名 : ) (部署名 : ) (役職 : )
ご住所 <input type="checkbox"/> 団体所在地 <input type="checkbox"/> ご自宅	〒	
	電話	FAX
	E-mail アドレス	@
退会の理由		

<退会届送付先>

NPO 法人 地域医療・介護研究会 JAPAN

FAX : 075-366-3334 メール : [info@lmc-japan.jp](mailto:info@lmc-japan.jp)

↑  
1 (エル) m (エム) c (シー) - (ハイフン)

\*年度途中の退会の場合、年会費の返還はいたしかねますのでご了承ください。