

↑ 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
個人賛助会員	フリガナ お名前	(団体名 :) (部署名 :) (役職 :)
団体賛助会員	フリガナ 団体名	(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

↑
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。