**（正・準・賛助会員）退会届**

「全国介護福祉政治連盟」からの退会を届出いたします

▢　**正会員**　　　　　　　▢　**準会員**▢　**賛助会員**

年　　　月　　　日

勤務先かご自宅どちらか一方の都道府県・市町村名

必須

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏　名** |  |
| **メールアドレス**（日頃確認される） | **＠** |
| 勤務先名（施設名） |  |
| 勤務先都道府県市町村 | 　 都・道　　　　　　 区　　　　　　　　　　　　　　　 市府・県　　　　　 　 郡 |
| 自宅都道府県市町村 | 　　　　　 都・道　　　　　　 区　　　　　　　　 　　　　　　　 市府・県　　　　　　 郡 |

備考

**FAX送信先**　**０３－５２１５－００３４**

**又は、****js.seiji@kaigo-fukushi.jp****(添付)**

**tennte**

**全国介護福祉政治連盟 宛**