

(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

必須

勤務先かご自宅どちらか一方の都道府県・市町村名

ふりがな			
氏名			
メールアドレス <small>(日頃確認される)</small>	@		
勤務先名 (施設名)			
勤務先 都道府県 市町村	都・道 府・県	区 市 郡	
自宅 都道府県 市町村	都・道 府・県	区 市 郡	

備考

FAX 送信先 03-5215-0034
又は、js.seiji@kaigo-fukushi.jp(添付)