

## (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](mailto:js.seiji@kaigo-fukushi.jp)(添付)**