

FAX先 093-932-0532

退 会 届

令和 年 月 日

日本介護支援専門員連盟 会長 殿

ご氏名 _____

〒

連絡先 : _____

(ご連絡先は、ご住所をご記入下さい)

私こと、日本介護支援専門員連盟規約第5条第5項により、日本介護支援専門員連盟を退会させていただきます。

参考

(会員・賛助会員及び入退会)

第5条

5. 正会員が本連盟を退会しようとするときは、別に定める退会届を本連盟へ提出する。なお、納付済みの会費及び負担金等は返還しない。