

FAX 先 098-975-5371 事務局宛

令和 年 月 日

退 会 届

沖縄県介護支援専門員連盟 会長 殿

氏 名

住 所

連絡先

このたび、貴会を退会いたしたく下記の通りお届け致します。

つきましては、会員名簿からの削除及び今後の会報等の停止手続きをお願い致します。

記

1 退会年月日 令和 年 月 日

2 退会理由 ()

3 備 考 ()

以上