

日本ケアマネジメント学会  
会 員 退 会 届

(提出年月日 年 月 日)

会員番号	No.
氏 名	
住 所	〒  連絡先電話番号(        -        -        )
退会希望日	平成        年        月        日
退会理由	
備 考	

注：FAX(03-5919-2246)か郵送でお送りください。

(郵送先；〒160-0003 東京都新宿区本塩町 12 四谷ニューマンション 206 号)

\* 事務局記入欄

会費納入状況	当該年分	前年度分	前々年度分	
	----- 年度	----- 年度	----- 年度	-----
理事会報告 年 月 日	年        月        日			