

退 会 届

日本介護福祉士会 会長 殿
都道府県介護福祉士会 会長 殿

この度、私は日本介護福祉士会及び都道府県介護福祉士会を退会いたしたく、当届出書によって申し入れます。

申請年月日	平成 年 月 日	所属都道府県	介護福祉士会	
ふりがな	氏名 ⑩		会員番号	
			生年月日	年 月 日
住所	〒			
電話番号		FAX番号		
退会理由	該当する退会理由に○をつけてください。（複数選択可3つまで） ①病気、怪我など体調不良による退会 ②会費支払い困難など経済的理由による退会 ③他の資格取得、他の職能団体に入会を理由に退会 ④妊娠、育児、介護その他家事都合等を理由に退会 ⑤業務上の理由により退会（多忙により研修会に参加できない等） ⑥介護職からの離職による退会 ⑦その他（ ）			
会員証	ここに会員証を貼付してください			

※会員証を紛失した方は、会員証貼付欄に「紛失」を記入して下さい。
※既納の会費は返還いたしませんのでご了承ください。
※退会されますと、当会会員向けサービス（安心三重奏やガン保険等）の会員割引等は受けることができなくなります。
※退会届は3月31日までに提出して下さい。

事務局使用欄

受付	事務処理
----	------

公益社団法人日本介護福祉士会
〒112-0004 東京都文京区後楽1丁目1番13号小野水道橋ビル5階
TEL : 03-5615-9295 FAX : 03-5615-9296
E-mail : webmaster@jaccw.or.jp