

船橋市介護支援専門員協議会（退会届）

船橋市介護支援専門員協議会 会長 あて

届出年月日 令和 年 月 日

氏名	フリガナ 男・女
住所	〒 電話 () FAX ()
勤務事業所	事業所名
	住所 〒 電話 () FAX ()

私は、このたび下記の理由により退会いたしたく、退会届を提出いたします。

(理由)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

【郵送または FAX 送信先】

〒274-0065

船橋市高根台 6-47-4 ケアサービス虹 内

船橋市介護支援専門員協議会 事務局

TEL : 047-496-2920

FAX : 047-496-3778