

※本状を直接送信してください。

FAX:092-882-1605

早良病院 地域連携室・医療相談室 代表:中川 美幸 宛て

## 日本医療ソーシャルワーク学会 退会申込書

日本医療ソーシャルワーク学会会長  
貴学会の退会を申し込みます。

平成 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
所属機関 名称	フリガナ		
所属部署		職名	
所属機関 住所	〒 (TEL) <input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> 直通 (FAX) <input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> 直通		
退会理由			
※差し支えなければ退会理由をご記載下さい			