

# 退会届

年 月 日

宮崎県認知症ケア専門士会  
会長 中迫 伸一 殿

私は、このたび都合により貴会を退会いたしたくここにお届けいたします。  
ついては会員名簿からの削除および会員各位への退会の旨の周知等よろしくご高配くださるようお願いいたします。

貴会の益々のご発展を祈念いたします。

氏名	印	生年月日	年 月 日
県専門士会会員NO・		ケア学会会員NO(7桁)	
電話		Mail	
住所	〒		

退会理由
------

お問い合わせ先  
宮崎県認知症ケア専門士会  
担当:中迫 伸一  
TEL 0986-52-5800 FAX 0986-52-5573