

公益財団法人 日本訪問看護財団 宛

FAX： 03-5778-7009

Eメール：kaiin@jvnf.or.jp

年 月 日

会員番号 (6桁)

登録会員名

担当者名 (法人・団体会員のみ)

私(団体)は、貴財団の会員を退会いたしますのでお届けいたします。

退 会 届	
退 会 日	年 月 日
退会事由：該当箇所に☑をお願いします。(複数☑可) <input type="checkbox"/> 訪問看護業務から離れた(転職・離職) <input type="checkbox"/> 訪問看護事業を休止・廃業した <input type="checkbox"/> 会員メリット(情報の提供・会員割引・他)を利用しない、又は、必要なくなった <input type="checkbox"/> 非会員となっても支障がない <input type="checkbox"/> 会費負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	
ご意見欄	

注) 年度途中の退会であっても、ご入金いただいた入会金・会費は返却いたしません。