一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会　退会届

一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会

代表理事　殿

　　私は、貴学会を退会致したく届け出いたします．

太枠内に記載して下さい（※必須項目）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　　　　　　　　　　　　　　　※申請日：　　　年　　　月　　日 |
| ※フリガナ |  | ※会員種別（どちらかに○をつけてください） |
| ※氏　名 |  | 正会員　・　賛助会員 |
| 氏名英語表記 |  |
| ※連絡先（どちらかに○をつけてください）自宅・勤務先 | 〒電 話 番 号 ：（　　　）　　－　　　携帯電話番号：（　　　　）　　　　　－E-mail： |
| ※退会希望年度 | 2024年度末をもって退会希望 |
| 備　考 |  |

※以下の欄には記入しないで下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 会員番号 | 　 |

送付先/連絡先

一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会事務所

〒162-0833　東京都新宿区箪笥町43　新神楽坂ビル2階

TEL：03-5946-8847 / FAX：03-5229-6889

E-mail：jaccn@supportoffice.jp