



## ナイチンゲール KOMI ケア学会・退会届

会員番号	(不明の場合は未記入で可)
フリガナ	
氏 名	
連絡先 <small>(○を付けてください)</small>	勤務先 (所属) ・ 自宅
連絡先住所	〒  TEL : (        )        - E-mail :
勤務先名 所 属	

私は、 \_\_\_\_\_ 年    月    日をもって退会いたします。

署名 \_\_\_\_\_ (印)

### 《事務局記入欄》

退会年月日	年    月    日	摘要	
会費納入確認	年    月    日		

【お問合せ先】 特定非営利活動法人  
 ナイチンゲール KOMI ケア学会  
 〒162-0041 東京都新宿区早稲田鶴巻町 514  
 FAX : 03-3203-5217  
 E-mail : komihonb@dune.ocn.ne.jp