

退 会 届

令和 年 月 日

私は、北海道認知症ケア専門士会を_____年3月31日をもって、退会を希望いたします。

なお、年会費に未納分がある場合は、未納分の年会費を支払います。

氏 名	印	専門士番号	
住 所	職場・自宅（どちらか〇印・職場の場合事業所名もお書きください） 〒 TEL/自宅・携帯		

※①退会日について

退会を希望される方は、退会希望年度の3月31日（必着）までに退会届をご提出下さい。

3月31日までに退会届がない場合、翌年度の退会になる場合がございますので、ご注意下さい。

②会費について

当該年度において未納の年会費がある場合、お支払をお願いいたします。

（※年会費は、2,000円となっております）

未納の会費がある場合下記口座へお振込みください。（※お振込み手数料は会員様にてご負担ください）

（振込先）ゆうちょ銀行 北海道認知症ケア専門士会 記号 19050 番号 48192031

一般金融機関からは→【店名】九〇八（読み キュウゼロハチ）

【店番】908 【預金種目】普通預金 【口座番号】4819203

※お振込みの際、振込み名義は個人名でお書きください

※上記を記入の上、事務局までFAXして下さい。

北海道認知症ケア専門士会 事務局 FAX 0142-76-4805

北海道認知症ケア専門士会
今までのご入会、ありがとうございました。