

退会届

令和 年 月 日

この度、下記の理由により、自立支援型ケアマネジメント研究会を退会いたしたくお届けいたします。

記

1.氏名 _____

2.住所 _____

3.電話番号 _____

4.退会日 令和 年 月 日 _____

5.退会理由 _____

以上