

退会届

平成 年 月 日

世田谷ケアマネジャー連絡会 会長殿

このたび、都合により貴会を退会したいのでお届けします。

退会理由

どちらかにチェックをお願いいたします

	個人会員	会員名	
		所属事業所	
	事業所会員	事業所名	
		担当者名	

<申込書送付先> 担当: 世田谷ケアマネジャー連絡会 森川

FAX番号: 03-5300-0212