

## 退 会 届 (法人会員用)

年 月 日

会 員 番 号		ふりがな	
		氏名	

※経営主体の法人名をご記入ください。

法人名称	
法人住所	〒
TEL	

※運営主体の施設名をご記入ください。なお、施設が2ヶ所以上の場合は施設毎に届け出ください。

施設名称	
施設住所	〒
TEL	

退会日	※該当するものにチェック <input type="checkbox"/> 退会届到着日をもって退会 <input type="checkbox"/> 年 月 日をもって退会 *なお、未納分年会費がある場合、その納入をもって退会手続き完了となります。
-----	--

退会理由 (差し支えなければご記入ください)	
---------------------------	--

本用紙をFAXまたはご郵送にて当協会事務局までお送りください。

一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会 事務局

【FAX】03-3255-3177

【郵送先】〒101-0035 東京都千代田区神田紺屋町14 千代田寿ビル304号室

これまで本協会へのご支援・ご協力、誠にありがとうございました。