**退　会　届**

神戸看護学会理事長　殿

年　　　月　　　日

会員番号

氏　　名　　　　　　　　　　（自署）

　私は、神戸看護学会を退会いたしたく、会則第8条に従い、届け出をいたします。

　退会希望日：　　　年　　　月　　日

* 本学会の会計年度は4月1日から翌年3月31日までとなっております。4月1日以降に退会届をご提出された場合は、その年度の年会費の支払いが必要となりますのでご注意ください。
* 退会届出受理のご連絡を確実に行うため連絡先のご記入にご協力をお願いします。

ご連絡先メールアドレス　　　　　　　　　　　＠

* 郵送またはメールで以下までお送り下さい。

|  |
| --- |
| 【送付先及び連絡先】  神戸看護学会事務局  〒651-2103　兵庫県神戸市西区学園西町３－４　神戸市看護大学内  E-mail　kobeans@tr.kobe-ccn.ac.jp |