

保健医療福祉学会 退会届

提出日	年 月 日
会員番号 (5桁)	
生年月日	会員番号がご不明な方は、ご本人確認のため生年月日をご記入ください。
	年 月 日
お名前	
退会理由	今後の運営に役立てるため、以下より主な退会理由1つに○を付けてください。
	<input type="checkbox"/> 学会発表が終わったため
	<input type="checkbox"/> 定年退職のため
	<input type="checkbox"/> 転職や異動のため
	<input type="checkbox"/> 期待した研究情報が得られない
	<input type="checkbox"/> 期待した実践情報が得られない
	<input type="checkbox"/> 有益なサービスが少ない
	<input type="checkbox"/> 会費が高い
	<input type="checkbox"/> 業務多忙のため学会活動に参加できない
	<input type="checkbox"/> 所属先のルール等で所属学会数に制限がある
<input type="checkbox"/> その他 (以下の欄にご記入ください。)	
その他退会理由 ご意見・ご要望	
<p>年度末に退会処理が完了しましたら、メールにてお知らせいたします。</p> <p>4月以降にご連絡できる宛先を以下にご記入ください。</p>	
E-mail	
電話番号	

<退会届提出方法>

本退会届に必要な事項をご記入のうえ、学会ホームページのメールフォームより、本ファイル (PDF または Word) を添付して送信してください。

- 退会については、年度途中で申請されましても年度末までは会員となります。
- 年度途中の退会の場合、その年度分の年会費をご納入ください。
- 年会費未納がある場合は、お支払い後に退会処理完了となります。
- 未納がある会員様にはその旨ご連絡いたしますので、ご対応をお願い申し上げます。