

休会・退会届出書

(休会又は退会に○を付けてください)

貴会からの休会・退会を届出します。

■休会届を出された場合、再入会時の入会金は免除とさせていただきます。

■休会届の期限は5年間となります。

氏名	(フリガナ)		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
	(印)					
自宅住所	〒					
	TEL.	FAX				
治療院名 (勤務先)	(営業形態) 自営・勤務					
治療院住所 (勤務先)	〒					
	TEL.	FAX		携帯		
休会・退会 理由	・よろしければ休会・退会理由をお書き下さい。今後の参考にさせていただきます。					
	1 健康上の理由(高齢のため)			2 健康上の理由(病気療養のため)		
	3 出産・育児のため			4 経済的理由		
	5 メリットがないため			6 保険を取扱わなくなったため		
	7 廃業のため					
	8 その他(具体的な内容をお書きください)					

休会・退会希望者は、FAXまたは郵送にてご連絡ください。

FAX : 052-908-0086

郵送 : 〒451-0063

名古屋市西区押切2-2-5

(一社)愛知県鍼灸師会