

退会届

令和 年 月 日

愛媛県介護支援専門員協会 会長 殿

私は愛媛県介護支援専門員協会を以下の理由により、退会します。

※介護支援専門員番号								
フリガナ							性別	
氏名							男	女
生年月日	西暦		年	月	日			
郵便番号	-							
住所(自宅)								
電話(自宅)				Fax				
退会理由	<input type="checkbox"/> 勤務地・住居が他見に変更になる為 <input type="checkbox"/> 協会の活動内容が不満足な為 <input type="checkbox"/> 退職する為 <input type="checkbox"/> その他 (
より具体的な退会理由や協会への提言などございましたら記載をお願いします。								
<p><ご注意> 年度内の退会は毎年3月31日が最終締め切りとなります。それ以降は会員継続となりますのでご注意ください。また、年度途中での退会についても返金等はございませんのでご了承の程宜しくお願いいたします。退会届をFAXで事務局へ送信してください。</p>								

個人情報は適切に管理し、当会の利用目的以外での使用はいたしません。

〒790-0003 愛媛県松山市三番町4丁目5
愛媛県介護支援専門員協会 事務局

退会送付先 **FAX 089-968-1573**

変更届

令和 年 月 日

愛媛県介護支援専門員協会 会長 殿

私はこの度下記事項について変更が生じたので変更届を提出します。
※旧氏名等変更が生じた項目・介護支援専門員番号については必ず記載をお願いいたします。

※介護支援専門員番号								
フリガナ								
旧氏名								
フリガナ								
新氏名								
旧郵便番号	〒	-						
旧住所(自宅)								
新郵便番号	〒	-						
新住所(自宅)								
旧電話(自宅)				旧Fax				
新電話(自宅)				新Fax				
旧勤務先(名称)								
新勤務先(名称)								
新勤務先住所	〒	-						
電話				FAX				
新勤務先種別	居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設 介護療養型医療施設・地域包括支援センター・小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護・その他()							

個人情報は適切に管理し、当会の利用目的以外での使用はいたしません。

〒790-0003 愛媛県松山市三番町4丁目5
愛媛県介護支援専門員協会 事務局

変更届送付先 **FAX 089-968-1573**