

退 会 届

日本介護福祉士会 会長 殿
都道府県介護福祉士会 会長 殿

この度、私は日本介護福祉士会及び都道府県介護福祉士会を退会いたしたく、届け出ます。

記入年月日	年 月 日	所属都道府県会	介護福祉士会
ふりがな			会員番号
氏名	(旧姓：)		生年月日 (西暦) 年 月 日
住所	〒		
携帯番号 (電話番号)	E-mail		
退会理由	該当する退会理由に○をつけてください。(複数選択可3つまで) ①病気、怪我など体調不良による退会 ②会費支払い困難など経済的理由による退会 ③他の資格取得、他の職能団体に入会を理由に退会 ④妊娠、育児、介護その他家事都合等を理由に退会 ⑤業務上の理由により退会(多忙により研修会に参加できない等) ⑥介護職からの離職による退会 ⑦その他()		
会員証	カード型会員証をお持ちの方は、 ここに会員証を貼付してください ※会員証を紛失された方は、「紛失」と記入して下さい ※入会時にカード型会員証をお申込みされなかった方は、ご対応不要です		
年度末退会希望	<input type="checkbox"/>	※年度末退会(退会される年度の3月31日まで会員資格を保有できます)をご希望の方は、□欄に✓を入れてください。✓がない方は到着日でのご退会扱いといたします。	

※既納の会費は返還いたしませんのでご了承ください。未納の会費についてはすみやかにご納入ください。
※退会されますと当会会員向けサービス(安心三重奏やガン保険等)の会員割引等は受けることができなくなります。
※連絡先情報はケアウェル(会員専用サイト)の登録情報に反映させていただきます。

※退会届は必ず「退会を希望する年度内の3月31日まで」にご提出ください。

新年度開始日(4月1日)以降のご提出は、新年度年会費が発生いたしますのでご注意ください。

事務局使用欄

受付	事務処理
----	------

公益社団法人日本介護福祉士会
〒112-0004 東京都文京区後楽1丁目1番13号小野水道橋ビル5階
TEL: 03-5615-9295 FAX: 03-5615-9296
E-mail: kaiin-kanri@jaccw.or.jp 2024年12月改訂