

退 会 届

大阪介護福祉士会 会長 殿

この度、私は大阪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		
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、口欄に✓を入れてください。✓がない方は到着日のご退会扱といたします。	

※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の研修会員割引等は受けることができなくなります。

※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
----	------

公益社団法人大阪介護福祉士会
〒542-0012 大阪府大阪市中央区谷町7丁目4-15 3階
TEL : 06-6766-3633 FAX : 06-6766-3632
E-mail : info@kaigo-osaka.jp 2026年3月改訂