

退 会 届

年      月      日

特定非営利活動法人 日本クリニックラウン協会  
理事長 河 敬世 様

このたび私は下記の理由により、特定非営利活動法人日本クリニックラウン協会を退会いたたく、退会届を提出いたします。

|        |   |      |  |
|--------|---|------|--|
| 氏 名    |   |      |  |
| 会員種別   | <input type="checkbox"/> 活動会員(団体) <input type="checkbox"/> 活動会員(個人) <input type="checkbox"/> 賛助会員(団体) <input type="checkbox"/> 賛助会員(個人) |      |  |
| 連絡先(1) | 勤務先名及び所属：<br>勤務先住所：〒  |      |  |
|        | TEL：  | FAX： |  |
|        | e-mail：   |      |  |
| 連絡先(2) | 自宅住所：〒  |      |  |
|        | TEL：  | FAX： |  |
|        | e-mail：   |      |  |
| 退会理由   |   |      |  |
| 通信欄    |   |      |  |

※2 退会理由は、自己の都合（転勤、退職、繁忙、海外出張、転職）、健康上の理由（入院等）、などをご記入ください。

認定特定非営利活動法人 日本クリニックラウン協会 事務局  
〒530-0053 大阪市北区末広町 3-11 天しもビル 3B  
TEL：06-4792-8716 FAX：06-4792-8746  
E-mail: info@cliniclowns.jp    <http://www.cliniclowns.jp>

|       |           |      |     |
|-------|-----------|------|-----|
| データ変更 | 年   月   日 | 変更担当 | 確認者 |
|-------|-----------|------|-----|