

退会届

年 月 日

特定非営利活動法人 筋強直性ジストロフィー患者会 理事長 殿

わたしは、筋強直性ジストロフィー患者会を退会したいので、届け出ます。

記

1. 氏名 _____ ㊟

2. 住所 _____

3. 電話番号 _____

4. 会員番号 _____

5. 退会申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

6. 退会理由

【退会届の送付先】

下記宛てに郵送でご送付ください。到着日をもって正式退会といたします。

〒167-0052 東京都杉並区南荻窪 4-3-13

特定非営利活動法人 筋強直性ジストロフィー患者会

【事務局処理欄】
