申請年月日　　　年　　月　　日

**会　員　退　会　届**

一般社団法人日本アントロポゾフィー看護協会殿

氏名

　　　　　　　会員種別（正会員・一般会員・学生会員・賛助会員）

1. 年度（12月末）をもって退会します。

＊退会日を年度末前に希望される方は、下記に月日を記入してください。

　　　　　　　年　　月　　日をもって退会します。

1. 退会理由（もし可能なら）

|  |
| --- |
|  |

1. 有資格者（看護ゼミ修了者・RE認定施術者・スペシャリスト）の方で、関連情報や

講座案内等を希望される方は、下記に連絡先メールアドレスを記載願います。

|  |
| --- |
|  |

**＊連絡を希望された方で、連絡先を変更された場合、当法人事務局宛（HPから投稿できます）にご連絡くださいますようにお願いいたします。**

備考： ここに記された個人情報は、退会手続きのみの使用とさせていただきます。

　　 退会に伴い、個人情報の削除及び以下のサービスが停止になります。

・会員名簿からの削除

・会員メーリングリスト（支部会の連絡網を含む）からの連絡及び情報提供の停止

　　　 ・会員対象の講習への参加はできなくなります。

以上

提出先： 一般社団法人日本アントロポゾフィー看護協会事務局

office@

jaan.jpn.org