

令和 年 月 日

退 会 届

公益社団法人 全国大学保健管理協会
代 表 理 事 殿

(氏 名)

(大学名)

私は下記により、公益社団法人全国大学保健管理協会の第二種会員を退会いたしたく、お届けします。

記

1. 退会年月日 令和 年 月 日付け

1. 退会の理由

(協会使用欄)

受付日	代表理事	事務室	理事会承認日