

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

(会社名) \_\_\_\_\_

(代表者名) \_\_\_\_\_ 印

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

## 記

1. 退会年月日 \_\_\_\_\_

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