

西暦 年 月 日

退 会 届

特定非営利活動法人 先端医療福祉開発研究会
会長 殿

私は、定款第10条に基づきNPO法人先端医療福祉開発研究会を退会いたします。

氏名(団体の場合は団体名) 印

団体の場合の代表者名

住所(〒 —)

電話番号(— —)

Eメール(@)

退会理由_____
