

平成 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 平成 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 |
|-----|------|-----|--------|
| | | | |