提出日（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

NPO法人島根糖尿病療養支援機構　退会届

NPO法人島根糖尿病療養支援機構

理事長　並河　整　殿

このたび、NPO法人島根糖尿病療養支援機構を退会したく下記のとおりお届けいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 氏名 |  |
| CDE番号 | 日本糖尿病療養指導士　（認定番号　　　　　　） |
| 島根県糖尿病療養指導士（　　　　期　　　　番） |
| 退会日 | （西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

以上

※事務連絡

|  |  |
| --- | --- |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　－ |

後日、退会手続き完了の連絡をいたしますので、連絡先をご記入下さい。

その後、個人情報は削除いたします。



**退会届は出来るだけ入力フォームからお願いします。(左記QRコード)**

**入力フォームURL：https://forms.gle/neVF8E58Rpu9x7Qd7**

　　　　　メールの場合：office@sdmrso.jp　　Faxの場合：0852-61-0852