



NPO 法人
Osaka Sleep Health Network 退会届

会員番号は会員証に書いてありますので、できる限りご記入下さい

| | |
|--|--|
| 会員番号 | |
| ふりがな | |
| 氏名 (団体の場合は 連絡先となる代表者名) | |
| 団体名 (団体賛助会員のみ記入) | |
| 会員種別 (該当箇所に 印) | 正会員 賛助会員(個人) 賛助会員(団体) スリープ・アソシエイツ |
| 退会の理由 (今後の運営の参考にしま すので、差し支えない範囲 でご記入にご協力お願い します) | 該当する項目に をつけて下さい(複数選択可) 1. 活動や行事に参加する機会がない 2. 期待した活動内容でなかった 3. 入会しなくとも HP から情報が得られる 4. 他の学会や団体の会員なので、複数個に加入するメリットがない 5. 会社の方針 6. その他() |

NPO 法人 大阪スリープヘルスネットワーク 理事長殿

平成 年 月 日をもって、退会致します。

退会者氏名 _____

郵送先:
〒531-0071 大阪市北区中津 1-2-21
(株)アイムスタイル内
NPO 法人 大阪スリープヘルスネットワーク事務局