

**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：

〒541-0044 大阪市中央区伏見町2-6-4吉田一閑ビル3F

(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