



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