

退 会 届

令和 年 月 日

福岡県訪問看護ステーション連絡協議会会長 殿

施 設 名	(フリガナ)
施 設 所 在 地	〒 TEL FAX
開 設 法 人 名	(フリガナ)
退会理由 (該当する項目に○ をお付け下さい)	<p>1. 会員であるメリットがない (入会時に期待したこと：_____)</p> <p>2. 会費（年 12,000 円）が高く、経費削減のため</p> <p>3. 開設主体の経営方針のため</p> <p>4. 病院・診療所の訪問看護に転換したため</p> <p>5. 同一法人内の訪問看護ステーションと統合したため</p> <p>6. 他方人の訪問看護ステーションと統合したため</p> <p>7. 新しく別の訪問看護ステーションを立ち上げ、統合したため</p> <p>8. 休止又は廃止するため (休止・廃止年月日：_____年 月 日)</p> <p>→休止・廃止の理由</p> <p>ア. 開設当初から利用者が少なく、経営維持が困難になったため</p> <p>イ. 利用者が減少し、経営維持が困難になったため</p> <p>ウ. 訪問地域に他の訪問看護ステーションがあり、競合が激しいため</p> <p>エ. 従業者確保が困難になったため</p> <p>オ. 管理者が退職したため</p> <p>カ. 人員基準に満たなくなったため</p> <p>9. その他（ _____ ）</p>
上記のとおり退会を届出ます。	
ステーション名 _____ 印	
開設法人代表者 _____ 管理者 _____	