

# 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)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 会員であるメリットがない (入会時に期待したこと : _____)</li><li>2. 会費(年12,000円)が高く、経費削減のため</li><li>3. 開設主体の経営方針のため</li><li>4. 病院・診療所の訪問看護に転換したため</li><li>5. 同一法人内の訪問看護ステーションと統合したため</li><li>6. 他法人の訪問看護ステーションと統合したため</li><li>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</li><li>8. 休止又は廃止するため (休止・廃止年月日 : _____年_____月_____日) →休止・廃止の理由<ol style="list-style-type: none"><li>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</li><li>イ. 利用者が減少し、経営維持が困難になったため</li><li>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</li><li>エ. 従業者確保が困難になったため</li><li>オ. 管理者が退職したため</li><li>カ. 人員基準に満たなくなつたため</li></ol></li><li>9. その他( )</li></ol>		

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\_\_\_\_\_