

F-NET振替停止届出書

西暦 年 月 日

本届出書をもってF-NETでの振り替えを停止いたします。会費については現金でのお支払いをお願いいたします。
またF-NETでの振り替えを再開される場合は、F-NETの届け出を再度行う必要があります。

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| 現在入会している協会(協議会)の番号に○を付けて下さい。(必須) | |
| 1. [] 介護支援専門員協会(協議会) | ※地域協議会名を入れて下さい。 |
| 2. 福島県介護支援専門員協会 | ※1の入会が必要。 |
| 3. 日本介護支援専門員協会 | ※2の入会が必要。 |

私は、F-NETでの会費振り替えの停止を希望します。

| | | | | | |
|-------------------------|--------------------------------|-------|----------------|-------------|--|
| 会員種別 | 正会員・賛助会員 (どちらかを選び○をつけて下さい。) | 性別 | 男・女 | 介護支援専門員登録番号 | |
| フリガナ | | 生年月日 | 西暦 | | |
| 氏名 | | | 年 月 日 | | |
| F-NET届出銀行 | ・銀行 ・信用金庫 ・労働金庫 ・信用組合 ・農協 | | | | |
| | ・本店 ・支店 ・本所 ・支所 ・出張所 | | | | |
| 口座番号 | | | | | |
| 預金種類 | 1. 普通 | 2. 当座 | | | |
| 住所(自宅) | 〒 — | | | | |
| 自宅TEL(市外局番～) 又は 携帯電話 | | | | | |
| 所属機関 *現任者のみ | 名称 | | | | |
| 所在地 | 〒 — | | | | |
| TEL (市外局番～) | | | FAX (市外局番～) | | |
| 備考 | | | | | |

※お預かりした個人情報は事務連絡・手続き等に使用させていただきます。

提出先→ 所属する地域協議会へご提出ください。
福島県介護支援専門員協会への直接の提出(FAX・郵送等)は不要です。

| | |
|---|----|
| 県 | 地域 |
| / | / |
| | |