

記入年月日： 20 年 月 日

退 会 届

広島県精神保健福祉士協会会長 様

この度、貴協会を 年 月 日をもって退会させていただきます。

会員氏名： _____ 会員番号： _____

所 属：（ 現 ・ 旧 ） _____

連絡先住所： _____

電 話 番 号： _____

今年度会費： 納入 （ 済 ・ 未 ） _____

<連絡事項欄>

--

※退会事由が発生した場合は、事務局まで提出してください。

※会費未納がある場合は、ご清算の上、退会していただくようお願いいたします。

※年度途中で退会の場合、当該年度会費の返金はいたしませんのでご了承ください。

※以下の欄は事務局記入欄です。記入しないでください。

事務局 処理 欄	受 付	20 年 月 日
	入金確認	20 年 月 日
	承 認	20 年 月 日
	退 会	20 年 月 日

広島県精神保健福祉士協会