退会届

一般社団法人千葉県精神保健福祉士協会　会長　様

私は、以下理由により貴会を退会することを希望します。

【退会理由】

令和　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　印

※氏名変更の方については、変更前のお名前をお書きください。

【退会後連絡先】※事務手続き上の確認にのみ使用

自宅　・　勤務先

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先 | 〒　　　　－ |
|  |
| 電話　　　　　　　　-　　　　　　　　-　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　-　　　　　　　　- |
| 連絡事項 |  |

【提出先】・郵送の場合：〒２６０－００２６

　　　　　　　　　　　　　千葉県千葉市中央区千葉港４－５　千葉県社会福祉センター５階

・FAXの場合：０４３６－２４－８２２８　市原メンタルクリニック