

(別記様式3)

## 退 会 届

福島県精神保健福祉士会の退会を申込みします。

年 月 日

ふりがな 氏 名		性 別	生 年 月 日
		男・女	T・S・H 年 月 日( 歳)
退会理由	退職          転居          その他		
退会後の 連絡先	住所 電話番号		
備考			

※退会届は、ご記入後に各方部の方部長に郵送でお送り下さい。

※内容確認のため方部長よりご連絡を差し上げます。退会後の連絡先は必ずご記入下さい。

※退会時に未納会費等がある場合には、会計よりご連絡差し上げます。

下記口座にお振込み下さい。

<振込先> 福島銀行 郡山営業部

口座番号 1436403

口座名 福島県精神保健福祉士会 事務局 阿部和紀

県北・相双方部

福島赤十字病院 菅野直樹

〒960-8530 福島市入江町11番31号

TEL : 024-526-3853

県中・会津方部

針生ヶ丘病院 有我優子

〒963-0201 郡山市大槻町字天正坦11

TEL : 024-926-1061

県南方部

南湖こころのクリニック 高橋義弘

〒961-0021 白河市関辺引目橋33

TEL : 0248-23-4401

いわき方部

新田目病院 水野英一

〒970-8034 いわき市平上荒川字安草3番地

TEL : 0246-28-1232

事務局

桜ヶ丘病院 菅野正彦

〒960-0111 福島市丸子字上川原28-73

TEL: 024-553-1569