

(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ます。

年 月 日

ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名		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、ご記入後に事務局に郵送でお送り下さい。

※内容確認のため事務局よりご連絡を差し上げます場合があります。退会後の連絡先は必ずご記入下さい。

※会費未納等がある場合には、退会届提出時にその全額を支払ってください。ご不明な点は事務局までお問い合わせください。

退会届郵送先

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 (代表)

FAX : 024-553-3816

未納会費がある方は下記口座にお振込みください。

銀行：東邦銀行 菜根支店 普通 店番号：213 口座番号：614138

いっぽんしゃだんほうじんふくしまけんせいしんほけんふくししかい
口座名義：一般社団法人福島県精神保健福祉士会
だいひょうりじ みずのひでかず
代表理事 水野英一