退　会　届

三重県精神保健福祉士会の退会の申込みをします。

年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 性別 | 生年月日 |
| 男・女 | S・H　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 退会理由 | 退職　・　転居　・　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 退会後の連絡先 | 住所連絡先 |
| 備考 |  |

* 未納会費がある場合は、支払いをしていただき退会となります。

|  |
| --- |
| 事務局・送付先〒511－0101桑名市多度町柚井1702番地多度あやめ病院　医療福祉室　担当　伊藤　太一TEL　0594－48-2171（代）　FAX　0594－48-5444 |