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  〒510－0226　鈴鹿市岸岡町589－2  三重県厚生農業協同組合連合会　鈴鹿厚生病院  地域医療センター　辻　宏明  TEL　059－382－1401（代表）　FAX　059－381－3171 |