

# 宮城県精神保健福祉士協会 退会届

令和 年 月 日

宮城県精神保健福祉士協会 会長様

このたび、貴協会を令和 年 月 日をもって退会させていただきます。

会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

退会に際し、書類を送付する場合があります。現在のご連絡先をご記入下さい。

所 属 先	
所 属 先 住 所	〒
所属先 TEL・FAX	TEL : FAX :
自 宅 住 所	〒
自 宅 TEL・FAX	TEL : FAX :
郵 送 先	<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅

退会理由（よろしければお聞かせ下さい）

退職 県外異動 その他（ ）

◎退会の事由が発生した場合は、すみやかに協会事務局までご提出下さい。

◎年度の途中で退会された場合は会費の返金は致しませんのでご了承下さい。

◎未納がある場合にはご精算頂いた上で、退会が承認されることとなりますのでご了承ください。

【事務局欄】			
会費未納	なし ・ あり（金額	円／納入確認日	令和 年 月 日）
事務局受理	令和 年 月 日	役員会承認	令和 年 月 日