

退 会 届

私儀、都合により令和 年 月 日をもって青森県精神保健福祉士協会を退会し  
たく届出します。  
なお、会費については完納していることを申し添えます。

令和 年 月 日

青森県精神保健福祉士協会長 殿

正会員・賛助会員

氏名 印  
(自署の場合は押印不用)

連絡先 (自宅・職場・携帯電話)

TEL ( )

Email ( )