**退　会　届**

西暦年　　　月　　　日

一般社団法人東京精神保健福祉士協会

代表理事　　松永　実千代　　殿

氏　名

住　所

**℡**

所属先

私は、このたび以下の事由により東京精神保健福祉士協会を退会します。

また、退会期日までに係る年度会費は全額納入することを誓います。

|  |  |
| --- | --- |
| 退会事由 | 該当する事由に〇をつけてください   1. 転居のため 2. 転職のため 3. 離職のため 4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 退会期日 | 西暦　　　　　　年　　　月　　　日付 |

事務局受理日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |