

# 退 会 届

西暦 年 月 日

(一社) 東京精神保健福祉士協会  
代表理事 関原 育 殿

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

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○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
