

退 会 届

一般社団法人 神奈川県精神保健福祉士協会 会長 殿

このたび、貴協会を 年 月 日をもって退会させていただきます。

会員氏名 _____ ※自署または記名捺印

【退会理由】

(今後の協会運営の参考にさせていただきたいので、差し支えなければ当てはまるものに○をおつけください。複数回答可)

- ・ 県外への転居、退職
- ・ 精神保健福祉分野以外への転職
- ・ ライフスタイルの変化等で、活動に参加する時間がない
- ・ 協会の活動に魅力を感じない
- ・ 会費が高い
- ・ 所属しているメリットが感じられない
- ・ 日本精神保健福祉士協会にのみ所属すれば十分だと思うため
- ・ 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。
- ◎ 記載された退会日以後に退会届が事務局へ到着した場合は、事務局到着日をもって退会の承認といたしますのでご了承ください。
- ◎ 年度の途中で退会をされましても、会費の返金は致しませんのでご了承下さい。
- ◎ 未納がある場合はご精算の上、退会していただくようお願い致します。

【事務局欄】

受付	/ /
口座振替削除日	/ /
担当者	

郵送・f a xまたはメールにて提出してください

FAX : 045-821-5354

メール : kanagawa-mhsw@cb.wakwak.com