

# 一般社団法人 静岡県精神保健福祉士協会 会員状況

## 退 会 届

一般社団法人 静岡県精神保健福祉士協会  
会長 様

年 月 日

この度、私は静岡県精神保健福祉士協会を退会させていただきます。

氏 名	
所 属	
所属住所	
退会后連絡先	住所 〒  電話
退会理由	
退会后 年度内送付希望	退会届提出後も年度内の送付を希望する（どちらかに○を記載） 希望する ・ 希望しない
備 考	

※ 事務局受理日 年 月 日

--	--	--

送付先 一般社団法人 静岡県精神保健福祉士協会 事務局 宛  
郵 送 〒420-0856 静岡県静岡市葵区駿府町1番70号  
静岡県総合社会福祉会館（シズウエル）4階

F A X 054-293-7118

問合先 054-293-7117（対応可能時間：毎週水・金曜日 9時～13時）