

退会届

山形県言語聴覚士会を退会したくここに届けます。

年 月 日

届出者名 _____ 印

所属 _____

連絡先

〒

TEL _____

※この届出を受理した時点で退会とみなします。
※会費未納がある場合は、納入の上、ご届出下さい。

県士会処理欄	受 理		会員番号	
	承 認			

退会手続きについて

1. 退会手続き

退会届に必要な事項をご記入の上、事務局へ郵送または FAX にて お送り下さい。

【記入上の注意】

- (1) 年月日は西暦で記入してください。
- (2) 県士会処理欄には記入しないで下さい。
- (3) 黒のボールペンを使い、楷書ではっきりとお書き下さい。

2. 送付先

〒990-2313 山形県山形市松原800番地5

まなびのへやバンビーナ内 山形言語聴覚士会事務局

FAX : 023-674-6106

e-mail : gengoshikai@yahoo.co.jp