

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			