提出日　　年　　月　　日

一般社団法人　大阪精神保健福祉士協会

会長　様

退　会　届

私（氏名）　　　　　　　　　　（所属）　　　　　　　　　　　　　　　　　は、

（一社）大阪精神保健福祉士協会を退会いたします。

退会理由（下記から選んで〇をつけてください。複数回答可）

①職場を退職するため

②他府県に転居または転職するため

③職種自体を辞めるため

④会費が高額なため

⑤その他（協会へのご意見などもお書きください）

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

退会届の承認日以降は協会のニュースの送付は停止いたします。尚、年度途中での退会の場合も年会費の返金はできかねますので御了承ください。また、その他、ご不明な点等ございましたら、事務局までお問い合わせいただければ幸いです。

【問い合わせ】

　一般社団法人大阪精神保健福祉士協会

　〒５４２－００１２

　　大阪府大阪市中央区谷町７丁目４番１５号

　　　大阪府社会福祉会館　２階

　電話・ＦＡＸ　０６－６７６４－７８３９

　E-mail osaka-psw\_kyokai@beetle.ocn.ne.jp

事務所受付　火、木曜日

午前11時から午後3時まで