

届出日 令和 年 月 日

熊本県精神保健福祉士協会
変更・退会・休会・復会 届出書

(上記のいずれかを○で囲んで下さい)

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	昭和 平成 年 月 日	
公益社団法人日本精神保健福祉士協会 会員番号				

所属機関（文書発送先）※変更したい事項のみご記入下さい。

氏名	
所属機関 名称	ふりがな
住所	〒
TEL	
FAX	
E-Mail	

熊本県精神保健福祉士協会
会長 木ノ下 高雄 殿

下記の理由により、令和 年 月 日を以て退会・休会・復会致します。

退会・休会・復会 理由 _____

氏名 _____

※休会の場合、「復会届」が提出されるまで、案内等の発送は中断致します。ご注意
下さい。

●提出先●

〒861-2232 熊本県上益城郡益城町馬水 123 社会医療法人 ましき会 益城病院 宛
FAX 096-286-8145