

休 会 ・ 退 会 届

新潟県精神保健福祉士協会長 様

年 月 日をもって、貴会を 休会・退会 いたします。

氏 名	印
所属機関	
連絡先住所	
連絡先電話	
休会・退会理由	

★申請日の属する年度までの会費納入が、休会・退会の条件となります

★休会期間中の会費は免除されますが、休会時年数は会員継続年数に含みません

★休会からの再開には、別紙届出の提出と理事会の承認が必要となります

会 長	理事会	事務局	通 知