

退 会 届

一般社団法人宮崎県社会福祉士会 会長 殿

私は、平成 年 月 日をもちまして貴会を退会したいので、下記のとおり届けます。

年 月 日

ふりがな 氏 名	⑩
社会福祉士 登録番号	
宮崎県社会福祉士会 会員番号	
日本社会福祉士会 会員番号	
連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	〒 Tel fax
退会理由	
備考	

※ 県支部退会により日本社会福祉士会定款第13条(7)に該当するため、日本社会福祉士会の会員資格を喪失することになります。そのため、県支部の退会手続きが完了後、県支部事務局から日本社会福祉士会に対して、県支部を退会したことを通知します。

----- 事務局 処理欄 -----

受付日	平成 年 月 日
会費納入状況	
会長承認日	平成 年 月 日
備考	