

山梨県作業療法士・言語聴覚士連盟 退会申込書

山梨県作業療法士・言語聴覚士連盟会長 宛

私は、山梨県作業療法士・言語聴覚士連盟を退会致したく、下記の通り申込書を提出いたします。

提出日： 年 月 日

会員種別	正会員・賛助会員	職 種	作業療法士・言語聴覚士・他（ ）		
フリガナ				性別	男・女
氏 名	⑩				
<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自 宅	勤務先				
	所 属				
	所在地	〒			
	電 話				
	E-mail	@			
社団法人日本作業療法士協会 会員番号					
社団法人日本言語聴覚士協会 会員番号					

※ 文字は楷書ではっきりとご記入ください。

※ 必ず印鑑を捺してください。

年 月 日 受付

会 長	事務局長	会計責任者