

第3号様式

退会承認

(西暦)

年

月

日

会員番号	会長印	事務局長印	財務部長印
------	-----	-------	-------

退会届

(正会員・賛助会員)

一般社団法人熊本県作業療法士会会長 様

氏名または法人名

住所または所在地 郵便番号(-)

連絡のとれる電話番号

西暦

年

月

日

氏名または代表者名

印

※必ず必要事項を御記入の上、事務局へ郵送またはFAXして下さい。
また、正会員は住所・電話番号は前所属先ではなく、ご自身のものを必ずお書き下さい。

提出先: 〒861-8045熊本市東区小山2丁目25-17グランレーヴ壱番館103号室
TEL 096-389-6780 FAX 096-389-6785