

会員 番号	賛	事務局 長 印	
----------	---	------------	--

退会届
(賛助会員)

年 月 日

公益社団法人 茨城県作業療法士会
会長 殿

氏名または法人名 _____ 印

私は、公益社団法人茨城県作業療法士会の賛助会員を退会したく、届けます。

1. 氏名または法人名 _____

2. 現住所又は所在地 _____

3. 電話番号 _____

4. (個人の場合)

職業 _____

勤務先名称 _____

電話番号 _____

勤務先所在地 _____

5. (法人の場合)

法人代表者名 _____